

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1969

530

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Paul WIENER

Interne en Médecine des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Licencié en Psychologie
né en 1935 à Debrecen (Hongrie)

Présentée et soutenue publiquement le

Hypothèses concernant la structuration d'une personnalité
professionnelle des stagiaires en médecine

Président : Monsieur le Professeur Pierre ABOULKER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1969

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Paul WIENER

Interne en Médecine des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Licencié en Psychologie
né en 1935 à Debrecen (Hongrie)

Présentée et soutenue publiquement le

Hypothèses concernant la structuration d'une personnalité
professionnelle des stagiaires en médecine

Président : Monsieur le Professeur Pierre ABOULKER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Concours libre)

PAR

ROSE WIENER

Digitized by the Internet Archive
in 2026



- PROFESSEURS HONORAIRES -

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.),
 BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.),
 CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), COSTE (F.), DEBRE (R.),
 DECHAUME (M.), GALLIARD (H.), GAUDARD d'ALLAINES (F. de),
 GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.),
 LACOMME (M.), LAMY (M.), LAROCHE (G.), LELONG (M.), LEVY
 (Melle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MADURO (R.),
 MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.),
 MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS
 (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE
 (J.), STROHL (A.), TANON (L.), TURPIN (R.), VERNE (J.).

DOYEN Georges BROUET

1er ASSESSEUR (Daniel BARGETON

2° ASSESSEUR) Jean GOSSET

A. - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

Anatomie		MM. DELMAS (A.)
-		HUARD (P.)
à titre personnel..		CABROL (Ch.)
-	- ..	OLIVIER (G.)

Anatomie et		
Cytologie pathologiques		DELARUE (J.)
à titre personnel..		NEZELOF (Ch.)
-	- ..	ORCEL (L.)

MM.

Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	DESGREZ (P.)
- -	POLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel..	CARTIER (P.)
- - ..	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	
à titre personnel..	BOURLIERE (F.)
- - ..	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DJOURNO (A.)
- -	DOGNON (A.)
à titre personnel..	KELLERSHOHN (L.)
- - ..	GOUGEROT (L.)
- - ..	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale ..	MATHE (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie ...	COUJARD (R.)
- - ...	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel..	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie ..	TOURNIER (P.)
à titre personnel..	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	
et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel..	LOEPER (J.)

MM.

Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	MALMEJAC (J.)
-	PARROT (J.)
à titre personnel ..	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° MEDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
- -	BRICAIRE (H.)
- -	CORNET (A.)
- -	HOUSSET (E.)
- -	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel ..	AZERAD (E.)
- - ..	BOUR (H.)
- - ..	BROCARD (H.)
- - ..	CAROLI (J.)

Pathologie médicale	MM.
à titre personnel ..	FACQUET (J.)
- - ..	LAMBLING (A.)
- - ..	LAUNAY (Cl.)
- - ..	PAYET (M.)
- - ..	PERRAULT (M.)
- - ..	SIGUIER (F.)
- - ..	WORMS (R.)
- - ..	BOUVIER (J.)

Pathologie respiratoire TURIAT (J.)

Pathologie et
Thérapeutique générales MAURICE (P.)

Thérapeutique LAMOTTE (M.)

Thérapeutique appliquée MARCHE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique
(Boucicaut) ... LENEGRE (J.)
- - (Broussais) ... SOULIE (P.)

Clinique dermatologique
(Saint-Louis)... DUPERRAT (F.)

Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques (Saint-Louis) DEGOS (R.)

Clinique endocrinologique
(Pitié) ... DECOURT (J.)

Clinique des maladies
infectieuses (Claude-Bernard) MOLLARET (P.)
à titre personnel . BASTIN (R.)

Clinique des maladies mentales
et de l'encéphale (Sainte-
Anne) ... DELAY (J.)

à titre personnel (neuro-
psychiatrie).. PICHOT (P.)

MM.

Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière).	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière).	GARCIN (R.)
à titre personnel ...	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..	BERNARD (J.)
à titre personnel (hématologie)	ANDRE (R.)
- - -	BOUSSER (J.)
- - -	DREYFUS (B.)
(Bicêtre	DEPARIS
) Broussais ...	MILLIEZ (P.)
) Cochin	PEQUIGNOT (H.)
Cliniques médicales (Hôtel-Dieu ..	BARIETY (M.)
) Pitié	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
(-	CONTE (M.)
) -	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ...	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ...	LEMAIRE (A.)
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin) ..	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
- (Pitié)	RAMBERT (P.)
- (Rothschild)	WOLFROMM (R.)

MM.

Clinique d'Hydrologie et de Climatologie(Bichat)	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel ..	GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) ..	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
à titre personnel..	RICHET (G.)
- -	CROSNIER (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)..	ROYER (P.)
Clinique des maladies des maladies (Enfants-Malades)..	MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)..	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISAUD (H.)
à titre personnel..	LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
à titre personnel..	POLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
à titre personnel..	KREIS (B.)
- - ..	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
-	LEFEBVRE (J.)

MM.

Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
à titre personnel ..	FISCHGOLD (H.)
- - ..	TUBIANA (M.)
- - ..	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)...	SEZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal) ..	GAULTIER (M.)

2° CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- -	KUSS (R.)
- -	N ...
à titre personnel ..	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
à titre personnel ..	BREHANT (J.)

MM.

	(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L.)
	)	
	(-	BAUMANN (J.)
	) COCHIN	LEGER (L.)
Cliniques	(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Chirurgicales	)	
	(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	)	
	(Salpêtrière	SICARD (A.)
	) TENON	OLIVIER (Cl.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ...		ROUX (M.)
Séméiologie et clinique chirurgicale (Broussais) ...		POILLEUX (F.)
- - - (Saint-Louis) ..		DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale ortho- pédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R.)
- - (Foch)		PADOVANI (P.)
- - (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond- Poincaré)		JUDET (R.)
Clinique de Chirurgie infantile et orthopédique (Enfants- Malades) ..		FEVRE (M.)
à titre personnel .		CHIGOT (P.-L.)
Clinique de Chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec) ..		MATHEY (J.)
à titre personnel ..		GAUDART D'ALLAINES (Cl.de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)

MM.

Clinique obstétricale	
(Baudelocque).....	LEPAGE (F.)
- (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et	
gynécologique (Port-Royal) ...	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie	
(Pitié)	DAVID (M.)
(à titre personnel)	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique	
(Cochin)	BREGEAT (P.)
- - (Hôtel-Dieu) ...	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngolo-	
gique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique	
(Salpêtrière) ..	CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin) ..	ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..	COUVELAIRE (R.)

C. PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Bactériologie	LE MINOR
	(CARTIER (P.)
Biochimie médicale	{ GONNARD (P.)
	{ NORDMANN (J.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	(BESSIS (M.)
	(BILSKI-PASQUIER (G.)

MM.

Hygiène	(BLANCHER (G.) (CORRE-HURST (Mme L.)
Médecine légale	(CECCAL (P.) (HEDENGUE (A.) (FOURNIER (E.)
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	(COURSAGET (J.) (GREMY (F.) (PELLERIN (P.)
Physiologie	(DURAND (J.) (GIRARD (Fr.) (HUGELIN (A.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. - PROFESSEURS DETACHEES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Pathologie chirurgicale .. RUDLER (J.) Pr.s.ch.

E. - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie..	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté	...	M. LENA (J.)
Conseiller administratif		Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la	)	
Bibliothèque.	)	
Conservateur du Musée d'Histoire	)	M. le Docteur
de la Médecine	)	HAHN (A.)
	(	Mme FORGET (F.)
Conservateurs	(	Melles DUMAITRE (P.)
	(	LAURENT (H.)
	(	LE NOIR (G.)
	(	Mmes CONTET (J.)
Bibliothécaires	(	Melles DUROZOY (M.-F.)
	(	ROBERGES (D.)
	(	LE QUANG LINH (G.),
	(	REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MA FEMME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE ABOULKER

qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse
et grâce à qui elle a pu être réalisée.

A MADAME LE PROFESSEUR J. FAVEZ-BOUTONIER

en témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DE L'INTERNAT.

Monsieur le Dr. M. Zaborowski

Monsieur le Dr. S. Follin

Monsieur le Dr. M. Henne

Madame le Dr. F. Grasset

qui nous ont enseigné la Psychiatrie.

A

Monsieur le Docteur. Bela Grunberger

Madame Janine Chassequet-Smirgel

Monsieur le Docteur Pierre Marty

Madame Maria Torok

qui nous ont formé à la Psychanalyse.

A

Monsieur le Dr. M. Fain

Monsieur le Dr. M. de M'Uzan

Monsieur le Dr. Ch. David

Madame le Dr. C.J. Luquet-Parat

Madame le Dr. D. Braunschweig

qui nous ont fait découvrir la Psychosomatique.

A PROPOS D'UN SONDAGE D'OPINION AUPRES DES STAGIAIRES DE
CINQUIEME ANNEE D'UN SERVICE HOSPITALIER

I. Introduction.

II. L'enquête.

- Les conditions de l'enquête
- Les caractéristiques de l'échantillon
- Les méthodes de l'enseignement en stage
- La participation du stagiaire aux activités du service
- L'apprentissage des gestes pratiques
- Les obstacles à l'apprentissage
- Le stagiaire
- Critiques et suggestions des étudiants.

III. L'identification et la constitution de la personnalité professionnelle.

- Le rôle de l'identification dans la constitution de la personnalité
- La personnalité professionnelle
- L'identification au malade
- L'identification au médecin-enseignant

IV. Conclusions.

INTRODUCTION

L'enseignement médical des stagiaires et leur insertion dans un service hospitalier ont depuis toujours posé de nombreux problèmes. Les relations entre stagiaires, personnel enseignant, et personnel soignant, ne sont pas toujours très satisfaisantes, en dépit des tentatives de compréhension réciproque. De nombreuses tensions se développent et beaucoup d'énergie se gaspille inutilement. Les résultats auxquels on aboutit sur le plan de l'acquisition des connaissances ont récemment conduit les responsables à remettre en question le stage lui-même, au moins sous sa forme traditionnelle.

Tous ceux qui sont concernés par ce problème étaient déjà conscients du malaise avant la réforme actuelle : les enseignants s'interrogeaient, le personnel soignant paraissait s'être résigné, les stagiaires exprimaient amertume et déception. Nous avons cherché à élucider ceci en nous intéressant autant aux problèmes que se posent les stagiaires qu'à ceux qu'ils posent aux autres. Une enquête a été menée dans le service de Monsieur le Professeur ABOULKER et sous sa direction, en collaboration avec Mademoiselle O. BOUTHREUIL assistante en psychologie, pour le Laboratoire de Psychologie clinique de la Sorbonne dirigé par Madame FAVEZ-BOUTONIER.

Ce travail collectif a fait l'objet d'une publication commune. La place dont nous disposions ne nous a pas permis de communiquer en détail les résultats obtenus. En particulier nous avons dû renoncer à l'impression de nombreux tableaux. Le présent travail nous autorise à remédier à cette omission.

Par ailleurs l'évolution récente de l'enseignement médical dans le sens de la suppression des stages de troisième, quatrième et cinquième années nous a conduit à rechercher la genèse de la personnalité professionnelle de l'étudiant en médecine et à réfléchir sur sa dynamique psychologique. Une meilleure connaissance des mécanismes psychologiques en jeu au cours de la formation médicale contribuera sans doute à aider les efforts déployés en vue d'une organisation plus rationnelle des études.

Les pages qui suivent se divisent en deux sections. La première comporte le compte-rendu détaillé de l'enquête effectuée auprès des stagiaires en médecine de cinquième année et expose l'opinion de ces étudiants sur les méthodes de l'enseignement et de l'apprentissage des gestes pratiques. Ce rapport est commenté pour les non-médecins et présente quelques tentatives d'interprétation. Il est suivi d'une analyse des suggestions et des critiques des étudiants. Les résultats de cette enquête semblent parfois mettre en cause la valeur de l'enseignement dispensé dans les services intéressés. Pour dissiper tout malentendu rappelons qu'il s'agit là d'un sondage d'opinion auprès des étudiants et non d'une enquête sur la valeur de l'enseignement dans un service hospitalier. Autrement dit, quand nous écrivons par exemple que la majorité des étudiants déplore l'absence d'un enseignement pratique pendant le stage, il n'est pas dans nos intentions d'affirmer qu'il n'existe réellement pas de tel enseignement. Nous constatons seulement qu'à tort ou à raison, les étudiants soutiennent cette opinion. De même, nous ne prétendons pas juger si effectivement il n'y a que huit pour cent des étudiants qui ont pu acquérir suffisamment de connaissances en stage de chirurgie. Seuls ceux qui ont pratiqué un examen approfondi des connaissances avant et après les stages pourront établir la vérité sur le niveau réel des acquisitions et nous ne sommes pas de ceux-là. Nous nous bornons à constater que huit pour cent des étudiants consultés estiment avoir acquis suffisamment de connaissances et que les autres sont d'un avis différent. Nous pensons même qu'il serait peut-être nécessaire d'engager une discussion pour préciser ce que représente pour les étudiants l'expression "avoir acquis suffisamment de connaissances". Il est certain que les étudiants n'ont pas reçu quelque chose qu'ils désiraient recevoir. Mais peut-être s'agit-il de toute autre chose que de connaissances.

C'est pour explorer cette autre dimension, affective celle-là, que nous résumerons ensuite brièvement les résultats de trois autres études non publiées, ceux d'une enquête sur les

Motivations pour les études médicales, d'un groupe de travail sur les difficultés psychologiques des études médicales et d'un essai sur la nosophobie. A partir de ces résumés nous tenterons d'esquisser la genèse de la personnalité professionnelle du médecin du point de vue de l'identification. Nous sommes conscients de la possibilité de décrire cette même évolution en termes de rôle et de statut, notions étroitement liées à celle de l'identification.

Nous tenons à remercier Madame le Professeur Favez-Boutonier de nous avoir confié la charge de cette enquête et nous lui exprimons ici notre très vive reconnaissance.

Nous exprimons en outre toute notre gratitude à Monsieur le Professeur Aboulker qui, soucieux d'améliorer constamment l'éducation médicale dispensée dans son service n'a pas craint d'affronter les difficultés inhérentes à une telle entreprise.

Nous remercions Melle Foucault secrétaire de Monsieur le Professeur Aboulker et Madame Chapleau secrétaire du Centre de Psychosomatique, pour l'aide efficace qu'elles nous ont apportée avec tant de gentillesse.

Nous remercions Melle O. Bouthreuil de son aimable collaboration.

Enfin nous prions Melle Geneviève Chatel de trouver ici nos remerciements affectueux pour ses conseils.

L'ENQUETE

LES CONDITIONS DE L'ENQUETE

L'enquête a été conduite dans le service d'urologie de Monsieur le Professeur ABOULKER.

La durée et l'organisation des stages varient selon les services. Les stages de spécialités qui nous intéressent ici, durent de un à trois mois : Ils consistent en un cours quotidien d'une heure environ, fait le matin par des Chefs de Clinique, parfois des Assistants. Les cours se doublent de formation pratique : les stagiaires doivent participer à la consultation ou à la présentation de malades en salle ; ils doivent également être présents lors du "staff" qui réunit chaque semaine l'ensemble du service autour du "Patron". La présence des stagiaires est contrôlée par des appels plus ou moins systématiques, selon les habitudes des différents enseignants.

Un examen écrit ou oral, parfois les deux, sanctionnent le stage. On tient davantage compte, pour la réussite, de l'assiduité au stage que de l'acquisition des connaissances. Le Chef de Service peut autoriser un étudiant qui le demande à faire un remplacement d'externe à la place du stage.

L'enquête s'est déroulée de janvier 1966 à mai 1967 à l'hôpital Cochin puis à l'hôpital Saint-Antoine où le service avait été transféré. Elle a été effectuée en trois étapes. Nous avons d'abord eu des entretiens avec un certain nombre de stagiaires abordés à la sortie des cours. Nous les invitons à s'exprimer librement au sujet du stage. Nous avons également assisté à certains cours en début ou en fin de chaque stage, pour nous sensibiliser à l'atmosphère de chaque promotion.

Nous avons ensuite utilisé ce matériel pour élaborer un premier questionnaire que nous avons fait passer à l'ensemble des stagiaires présents au cours de la dernière promotion,

de juin 1966, soit vingt et un étudiants. Les réponses obtenues à ce questionnaire expérimental nous ont permis d'élaborer le questionnaire définitif comportant quarante cinq questions.

Nous avons présenté ce questionnaire aux sept séries groupées en quatre promotions qui se sont succédées de novembre 1966 à juin 1967, obtenant en tout cent cinq questionnaires remplis. Nous n'avons donc touché que les stagiaires présents au cours ces jours là, soit environ la moitié des inscrits.

Le questionnaire a été généralement présenté à la fin d'un des cours donné par un des Chefs de Clinique dans l'une des salles du service. L'un de nous informait l'enseignant des buts de l'enquête pendant que l'autre s'adressait aux étudiants. Nous nous sommes présentés à eux comme appartenant au Laboratoire de Psychologie Clinique de la Sorbonne, chargés d'éclaircir les problèmes posés par les stages, dont le fonctionnement ne satisfait personne : nous venions recueillir leur avis pour en tenir compte. Nous nous sommes donc placés délibérément dans une perspective de changement. Nous les assurons d'un total anonymat, précisant que nous avions l'autorisation du Chef de service, qu'il s'intéresserait aux résultats généraux mais non aux réponses individuelles.

Néanmoins, le cadre n'était pas neutre. Il a certainement influé sur les résultats : certaines opinions n'ont pas été exprimées ou ont été modifiées, même involontairement. Des précisions furent demandées concernant les questions elles-mêmes ou leur formulation. Nous avons dû veiller sévèrement à ce que les questionnaires soient remplis individuellement.

La passation prenait environ une demi-heure. Or, aucun d'eux ne s'attendait à ce supplément de travail et de présence après les cours : certains en prirent prétexte pour bâcler la tâche. D'autres, au contraire, montrèrent une extrême application à répondre, comme s'il s'agissait d'une interrogation.

L'intérêt allait généralement croissant, au fur et à mesure qu'ils découvraient les problèmes posés. L'attention baissait généralement vers la trentième question (sur 45).

Certains s'attardaient ensuite à poser des questions au sujet de l'enquête et de sa publication, ou à exposer leurs doléances au sujet des stages en général, celui d'urologie ne leur paraissant pas poser de problèmes particuliers.

Il y eut deux refus nets : ces étudiants exprimèrent leur désintérêt et leur résignation, disant qu'aucune enquête ne pourrait rien changer à la condition de stagiaire.

LES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.

Effectif : 105 stagiaires interrogés.

Sexe.

L'échantillon comporte soixante quatorze hommes (70,3%) et vingt neuf femmes (27,5%) (deux-non-réponses). D'après une enquête réalisée par le Centre de Sociologie Européenne (1), le pourcentage des étudiants de cette même promotion d'étudiants était de 37,4 en seconde année. Le nombre des stagiaires du sexe féminin est donc inférieur d'un tiers au chiffre attendu. Cette diminution des effectifs peut être due aux échecs universitaires ou aux abandons en cours d'études, plus nombreux chez les filles que chez les garçons.

Age.

Les stagiaires sont âgés de vingt et un à trente ans :
25% ont moins de vingt quatre ans,
60% ont entre vingt quatre et vingt six ans,
11% ont plus de vingt six ans.

Non-réponses : 4 %

Etat-civil.

Environ 40 % des stagiaires sont mariés, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Près de la moitié des stagiaires mariés a des enfants.

(1) Les étudiants en médecine, compte-rendu de l'enquête par PASSERON (J.C) et de SAINT-MARTIN (M.), Centre de Sociologie Européenne, Ec. Prat. Htes Et., Paris, 1964, p. 11.

Origine.

Deux étudiants sur trois ont passé leur baccalauréat à PARIS : les autres l'ont passé en province (14,2 %) ou en dehors de la métropole (12,3 %).

Non-réponses : 5,7 %

Contrairement à ce que nous pensions, la proportion des étrangers est faible : il n'y a que 11,4 % des stagiaires qui n'ont pas la nationalité française.

Activité professionnelle.

Un tiers des stagiaires n'a pas répondu à la question sur la profession de leurs parents. Cette abstention massive ôte toute valeur statistique aux résultats obtenus.

En ce qui concerne la profession paternelle, on note le pourcentage habituel et important des professions libérales et cadres supérieurs (34,2 %) et la faible proportion des ruraux, ouvriers et employés (8,5 %).

La mère travaille professionnellement dans 38 % des cas.

Parmi les conjoints des étudiants mariés, 40 % poursuivent également des études (30 % des études en médecine). Tous les autres, à une exception près, exercent une activité professionnelle.

Ressources.

Trois quarts des stagiaires reçoivent une aide financière de leur famille, un peu plus d'un tiers sont boursiers, un quart d'entre eux tire leurs ressources d'un travail personnel.

Le montant des ressources est peu élevé. Les célibataires ont tous, à quelques exceptions près, moins de 1000 francs par mois, 60 % d'entre eux ont moins de 500 francs. De même les stagiaires mariés disposent de moins de 2000 francs par mois, 62 % d'entre eux ont moins de 1000 francs. Notons cependant que près de la moitié des stagiaires (47,5 %) disposent d'une voiture personnelle.

Ils ont manifesté quelques réticences à révéler le montant de leurs revenus (19 % de non-réponses).

Réussites universitaires.

Années redoublées:

Environ le tiers des stagiaires (28,5 %) a redoublé au moins une année d'études (16,4 % d'abstentions). Le pourcentage élevé de ces échecs peut s'expliquer par la méthode actuelle de sélection des externes. Les échecs sont plus fréquents au cours des trois premières années :

10,4 % en première année,
7,6 % en seconde année,
6,6 % en troisième année.

Il n'y a que 2,8 % des étudiants qui ont redoublé l'année préparatoire. 9,5 % d'entre eux ont eu une scolarité nettement perturbée (au moins deux années redoublées).

Stages :

Trois quarts des stagiaires n'ont jamais eu à refaire totalement un stage. Il n'y a que deux étudiants qui ont dû refaire plusieurs stages. Les échecs aux examens de stages ne semblent pas perturber sérieusement la scolarité.

Examens et concours :

La grande majorité des stagiaires (92,1 %) ont présenté l'externat. Il s'agit, dans presque tous les cas (88,3 %), de l'externat par sélection d'examen de fin d'année (régime 1962).

Environ un tiers des stagiaires (29,4 %) suit régulièrement des conférences et prépare un concours d'internat (internat des hôpitaux de province ou des hôpitaux psychiatriques de province). Une infime minorité prépare un examen à la Faculté des Sciences (2,8 %).

Remplacements.

Deux stagiaires sur trois ont déjà fait au moins un remplacement d'externe (68,4 %). La moitié des stagiaires en a fait plusieurs, réalisant alors un véritable apprentissage pratique.

Plus de la moitié d'entre eux songent à faire des remplacements de médecins (54,1 %). Notons le pourcentage élevé des abstentions (14,2 %).

Les pourcentages des étudiants qui ont déjà fait un remplacement (68,4 %) ou qui y pensent (54,1 %), sont nettement plus élevés que le pourcentage de ceux qui préparent actuellement un concours (29,4 %). Ces étudiants semblent rechercher le complément de formation dont ils ont besoin plutôt en faisant un remplacement (d'externe ou de médecin) qu'en travaillant à obtenir un statut plus définitif (interne dans un hôpital ou psychiatrique).

Le stage de sixième année.

La moitié des stagiaires n'ont pas encore cherché de place de stagiaires internés pour l'année suivante. Ils commencent à s'en occuper vers la fin de l'année universitaire (ce pourcentage baisse dans la promotion de mai). Cette insouciance est surprenante lorsqu'on connaît la difficulté de trouver une "bonne" place de stagiaire en sixième année, dont les caractéristiques seraient, par ordre décroissant : présenter de l'intérêt (?), y faire fonction d'interne, être bien payé, n'être pas trop éloigné de Paris. De toute façon ils semblent se préoccuper des perspectives à long terme davantage que des projets immédiatement réalisables.

L'enseignement pratique à l'hôpital est organisé en fonction de l'exercice quotidien dans le service. Il est le résultat d'une longue évolution historique spontanée comme l'est cet exercice lui-même, pratiquement sans intervention d'une volonté didactique durable et réfléchie. L'origine de cet enseignement est la visite du patron (1). Il n'est pas étonnant comme nous le verrons plus loin, que l'enseignement à l'hôpital soit encore aujourd'hui dominé par l'image puissante de celui-ci. Toutefois la diversité des tâches l'ont obligé à déléguer sa voix à des porte-paroles dont certains étudiants estiment qu'ils ne sont pas toujours des guides sûrs du savoir. C'est dans la rareté des contacts personnels entre les stagiaires et le patron qui a conservé ses attributions de chef de service et de professeur mais ne les assume plus directement, que nous pouvons chercher une des causes essentielles de la crise actuelle.

Est actuellement considéré comme enseignement toute activité médicale à laquelle on peut inviter les étudiants sinon comme participants au moins comme spectateurs. Est enseignant tout médecin hospitalier. Par contre les activités non-médicales, par exemples les soins, ne font plus partie de ce qui s'enseigne. C'est ainsi que l'apprentissage des piqûres, actuellement surtout administrées par les infirmiers, est oublié alors que le public le considère toujours comme essentiel. Ce même public est évidemment étonné d'entendre que de nombreux médecins n'ont pas pu s'y essayer. (2)

(1) Guide de l'étudiant en médecine. Paris-Masson 1848.

(2) Escoffier-Lambriotte : Amertume et solitude des stagiaires.
Le Monde. 3-10 68. page 10

La liste des activités didactiques est relativement facile à établir : cours, présentations de malades en salle ou en amphithéâtre, consultations, travail individuel (examen des malades, étude de dossier) staff, remplacement d'externe. Nous les rencontrons dans tous les services. Cependant certaines d'entre elles ont la préférence des médecins alors que d'autres ont acquis davantage la faveur des chirurgiens.

C'est surtout en chirurgie que les étudiants sont invités à participer aux consultations. Ils y vont également beaucoup dans certaines spécialités, comme par exemple la dermatologie où la consultation constitue l'activité essentielle du service. A notre avis la consultation intéresse au plus haut point les étudiants. Un certain rapprochement semble se faire entre eux et les praticiens, engagés ensemble dans une même situation médicale. L'étudiant peut parfois se rendre utile et quitter quelques instants sa position habituelle de parasite de la relation thérapeutique. Le consultant lui-même abandonne plus facilement la position défensive fréquente à l'égard de l'étudiant et permet à celui-ci une meilleure appréciation de sa valeur professionnelle et humaine. La participation à la consultation est d'autant plus profitable que le nombre des étudiants y est le plus souvent restreint.

Le travail individuel en salle existe surtout aux cours des premières années, aussi bien en médecine qu'en chirurgie, l'organisation des stages de spécialité semble s'y prêter moins bien. Ce travail est structuré autour de la prise de l'observation. C'est une activité à visée didactique sans utilité thérapeutique, ce qui l'oppose au travail de l'externe et le déprécie aux yeux de nombreux stagiaires. Cependant dans chaque stage on trouve quelques étudiants qui semblent l'apprécier beaucoup.

Le souci de faire participer les étudiants à toutes les activités du service conduit la plupart des médecins-chef à les admettre au staff. Au cours de cette réunion hebdomadaire

qui regroupe les médecins autour du patron sont discutés les problèmes les plus délicats. Nous verrons plus loin que malgré les intentions louables des chefs de service ces réunions ne sont guère aimées des étudiants. Ils se plaignent souvent d'être obligés d'assister à des discussions d'un niveau trop élevé conduites à voix basse entre initiés.

Les présentations de malades sont le plus souvent pratiquées devant tous les stagiaires réunis à l'amphithéâtre ou parfois en petit groupe en salle d'hospitalisation. Dans ce dernier cas l'exposé peut être suivi par l'examen du malade.

Opposée à cette tendance salutaire de vouloir associer les stagiaires le plus étroitement possible au fonctionnement du service nous trouvons la volonté contraire, plus ou moins consciente, de les maintenir à distance et de les consigner au lieu traditionnellement réservé à l'enseignement des stagiaires, c'est-à-dire l'amphithéâtre. C'est là qu'ont lieu les cours théoriques. Les sujets traités dans ces cours sont choisis en fonction de l'orientation du service, même en dehors des stages de spécialité. L'exposé d'un chef de clinique à neuf heures du matin à l'amphithéâtre est sans doute la forme d'enseignement la plus répandue à l'hôpital, mais aussi, comme nous le verrons plus loin la moins populaire. Cet enseignement est inspiré par le modèle scolaire. Pour la durée du cours se reconstitue à l'hôpital le "ghetto scolaire" auquel les étudiants espéraient avoir échappé en quittant le lycée (1).

Certaines méthodes d'enseignement apparaissent ainsi plus proches de la méthode clinique que d'autres. Nous verrons que ce sont ces méthodes qui ont la faveur des étudiants (2).

(1) Le ghetto scolaire caractérise, selon P. ARIES, l'enseignement moderne. ARIES P: L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime. Plon.

(2) On trouve chez Foucault M.- La naissance de la clinique. P.U.F. 1963.- une description détaillée de la méthode clinique.

Soulignons l'importance de ce qu'on pourrait appeler le style (1) d'un service, reflet de la personnalité du patron. En fonction de ce style la même activité peut changer de signification d'un stage à l'autre. Par exemple le stagiaire peut assumer au staff tous les rôles, de la simple figuration jusqu'à la participation active.

Par ailleurs à l'hôpital se superposent différents niveaux d'instructions. En plus des stagiaires les externes, les internes, et même les chefs de clinique et les jeunes attachés reçoivent un enseignement. L'une quelconque de ces catégories peut être favorisée au détriment des autres. Nous avons connu un service où le patron se consacrait essentiellement à l'enseignement des stagiaires.

Après ces quelques généralités consacrées aux modalités de l'enseignement en stage, destinées surtout à l'usage des non-médecins, nous décrirons brièvement l'organisation du stage à l'hôpital où a eu lieu notre enquête : cours tous les matins, possibilité d'assister à la consultation, obligation de venir en staff où participèrent non seulement les infirmiers gradés, mais aussi, chose rare, les élèves infirmières. Signalons que dans ce service un peu à part et à côté des activités habituelles, fonctionne un groupe de Balint (2) dont d'ailleurs les stagiaires ignoraient l'existence. Rappelons encore les conditions matérielles particulièrement défavorables de ce service, logé en attente dans un hôpital d'accueil pendant toute la durée de l'enquête.

(1) Lefebvre H. attribue une grande importance au style d'un milieu.

Lefebvre: Henri : La vie quotidienne dans le monde moderne.
Gallimard 1968.

(2) Chertok L, Bouthreuil O, Aboulker P. :
La préparation de l'étudiant en médecine à la relation médicale.
La Presse Médicale 76 n° 27. 1968.

Les différentes formes de l'enseignement en stage.

Nous avons demandé aux étudiants de classer par ordre de préférence les méthodes d'enseignement le plus couramment employées en stage. Toutes ne sont pas utilisées dans le service d'urologie du Pr. Aboulker. En particulier il n'est pas équipé de télévision. A cette liste de sept activités nous avons ajouté le remplacement d'externe en raison de l'intérêt que lui portent, semble-t-il à juste titre, les enseignants et les étudiants. Par contre nous n'avons pas pu y inclure les gardes prises, uniquement en obstétrique, car il ne s'agit pas d'une méthode d'enseignement utilisée en stage. Les réponses ont permis d'établir le classement suivant (tableau n° 1).

TABLEAU N° 1

Les méthodes de l'enseignement en stage	
par ordre de la présentation	par ordre de préférence
- cours en amphithéâtre	1. Remplacement d'externe
- staff	2. Travail individuel en salle
- Présentation de malades télévisée.	et 3. Consultations (ex-aequo)
- Consultation	4. Présentation de malades en salle
- Présentation en amphithéâtre	5. Présentation de malades en amphithéâtre
- Travail individuel en salle	6. Staff
- Remplacement d'externe	7. Présentation de malades par télévision
- Présentation de malades en salle	8. Cours en amphithéâtre.

L'analyse de ce tableau permet de dégager des relations significatives, entre certaines situations proposées et les choix émis concernant :

- a) la participation du stagiaire,
- b) l'importance de la "distance" par rapport au malade,
- c) l'influence d'un médiateur dans la relation médicale.

a) la participation active

Le stagiaire préfère les formes d'enseignement qui exigent de lui une participation active : remplacement d'externe, travail individuel en salle viennent en tête de la liste. Il a tendance à refuser les situations d'enseignement où son rôle est plus passif, se sentant moins directement concerné : staff, présentation de malade par télévision, cours en amphithéâtre.

Nous savons que la pédagogie moderne s'est prononcée en faveur des méthodes actives de l'enseignement. Par ailleurs rappelons les revendications actuelles des étudiants centrées souvent sur ce même thème. La préférence accordée par nos stagiaires au remplacement d'externe, au travail individuel, et aux consultations au détriment des présentations, des cours et du staff traduit sans doute en partie cette propension générale à faire plutôt que de regarder faire ou subir. Il n'est pas de notre propos d'analyser cette tendance ni d'en rechercher les causes. Nous nous contenterons d'en souligner l'importance.

b) La distance par rapport au malade.

Le stagiaire choisit de préférence les activités où la "distance" au malade est minimale : remplacement, travail individuel en salle et en consultation ; viennent ensuite les présentations de malades en salle et en amphithéâtre, où cette "distance" augmente. Il relègue en fin de liste les situations où le malade est physiquement absent : staff, cours en amphithéâtre mais aussi présentation de malades par télévision.

c) L'absence de médiateur.

Le stagiaire préfère les activités où il est en contact direct avec le malade : remplacement, travail individuel en salle. Il supporte moins bien les autres situations : présentation de malades en salle ou en amphithéâtre, staff, cours. Il n'aime pas la présentation par télévision qui est doublement médiatisée.

LA PARTICIPATION DU STAGIAIRE AUX ACTIVITES DU SERVICE.

Nous avons comparé l'assiduité au stage d'urologie à celle des autres stages de spécialités. Les trois quarts des stagiaires estiment que leur assiduité aux stages d'urologie est du même ordre qu'aux autres stages. (tableau n° 2).

TABLEAU N° 2

L'assiduité au stage est comparée aux autres stages de spécialités.

Sont venus	Effectifs	Pourcentage *
Plus souvent	17	16,1
Autant	77	73,1
Moins souvent	9	8,5
Rarement ou jamais	1	0,9
Sans réponse	1	0,9

Malgré le caractère obligatoire du stage nous avons constaté que seulement la moitié des étudiants inscrits était réellement présente : nous n'avons recueilli que cent cinq questionnaires remplis, environ la moitié de ceux que nous aurions dû normalement obtenir (en comptant les deux refus). Nous présumons que ceux qui étaient présents lors de la passation du questionnaire étaient les plus assidus.

* Pourcentages obtenus sans correction en tenant compte d'une seule décimale.

TABLEAU N° 3

L'intérêt du Service pour le stagiaire.

Question : Est-il intéressant de travailler dans ce service ?

Réponses	Effectifs	Pourcent.
OUI	13	12,3
NON	64	60,8
Sans rép.	28	26,6

~~~~~

| Réponses  | Effectifs | Pourcent. |
|-----------|-----------|-----------|
| OUI       | 42        | 39,9      |
| NON       | 7         | 6,6       |
| Sans rép. | 56        | 53,2      |

La majorité des stagiaires (53,2 %) s'abstient de juger de l'intérêt que peut présenter ce service pour un externe. Presque tous les autres pensent qu'il présente un intérêt certain. En ce qui concerne le travail du stagiaire, les abstentions sont moins nombreuses (un quart). Une grande partie des stagiaires (60,8 %) juge que travailler dans le service ne présente aucun intérêt pour eux. Il n'y a que 12,3 % qui soutiennent le contraire.

Certains stagiaires refusent de juger de l'intérêt du service pour les externes mais s'estiment capables de le faire pour eux-mêmes, leurs opinions sont généralement peu favorables au stage.

Nous savons par ailleurs que cette opinion est largement répandue parmi les étudiants et vise tous les stages. Elle est partagée par la majorité des enseignants, la suppression récente du stage le prouve.



Nous avons l'impression que le stagiaire cherche surtout à pénétrer les structures et les traditions du service et que ce pseudo-effort d'adaptation constitue l'essentiel de ses activités. Il cherchera à connaître les habitudes du patron, de sa secrétaire, des chefs de clinique, la fréquence des appels et leurs horaires, le degré de sévérité de l'examen, le nombre réel des absences tolérées, etc. (1)

Pour juger de la connaissance que les stagiaires ont du service, nous avons posé deux questions concernant les médecins qui y sont attachés (Tableau n° 4 et 5).

Le transfert provisoire du service de l'Hôpital Cochin à l'Hôpital Saint-Antoine, nous a interdit de poser, comme nous le souhaitions, certaines questions concernant l'organisation matérielle et la disposition des salles.

TABLEAU N° 4

Question : "Combien de Chefs de Clinique travaillent-ils dans ce service d'urologie (de 1 à 10) ?"

| Réponses      | Effectifs | Pourcent. |
|---------------|-----------|-----------|
| Justes        | 13        | 12,3      |
| Fausse        | 24        | 22,8      |
| Ne savent pas | 66        | 62,7      |
| Sans réponse  | 2         | 1,9       |

(1) Ceci en vue de ce que Gauffman appelle l'adaptation secondaire : Obtenir gain de cause par des moyens défendus. (Par exemple s'absenter et faire répondre à l'appel par un camarade).

Goffmann E. Asiles. 1968. Ed. Minuit.



Les Chefs de Clinique sont chargés de l'enseignement théorique et donc directement en contact avec les étudiants. Or, 85,5 % des stagiaires ignorent leur nombre. Seuls 12,3 % connaissent leur chiffre exact (5), nombre courant dans la majorité des services qui reçoivent régulièrement des stagiaires. Après cinq années de stage hospitalier une telle ignorance est étonnante.(1)

TABEAU N° 5

Question : "Combien de médecins de ce service connaissez-vous par leur nom ?"

| Nombre de médecins<br>nommément connus | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------------------------|-----------|-------------|
| 0                                      | 15        | 14,4        |
| de 1 à 3                               | 52        | 49,4        |
| 4 ou plus                              | 29        | 27,5        |
| sans réponse                           | 9         | 8,5         |

Les stagiaires ne connaissent généralement pas les médecins, à l'exception du Patron, dont le service porte le nom. Cette ignorance des noms propres est plutôt rare en médecine. Nous croyons même qu'elle est moins fréquente chez les stagiaires de première ou seconde année. Inutile de rappeler les contacts bien différents que les externes entretiennent avec les médecins.

Les stagiaires se connaissent-ils davantage entre eux ? Il est difficile de l'affirmer : les effectifs varient selon les stages, les relations antérieures sont fréquentes, dûes aux cours suivis ou aux stages effectués ensemble. L'appel quotidien peut également avoir son importance. (Tableau n° 6).

(1) S'agit-il d'un refus inconscient mais significatif de retenir ces noms ? Lire à ce sujet l'exemple rapporté par le Pr. L. Léger  
LEGER L. Apathie et lassitude. La Presse Médicale. 19.10.1968





TABLEAU N° 6

| Nombre des stagiaires connus | Effectifs | Pourcentage |
|------------------------------|-----------|-------------|
| 0 à 5                        | 41        | 38,9        |
| 6 à 10                       | 35        | 33,2        |
| plus de 10                   | 16        | 15,2        |
| sans réponse                 | 13        | 12,3        |

L'examen des malades au cours du stage.

L'examen du malade est considéré, à juste titre, comme la base de tout enseignement en médecine.

TABLEAU N° 7

Question : Avez-vous examiné des malades au cours de votre stage ?

| Réponses     | Effectifs | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| OUI          | 21        | 19,9        |
| NON          | 79        | 75,1        |
| Sans réponse | 5         | 4,7         |

Seul un stagiaire sur cinq a examiné un malade au cours de son stage d'urologie. Si nous comparons ces résultats à ceux de l'enquête du Centre de Sociologie Européenne (1), nous constatons qu'en cinquième année, les stagiaires pratiquent moins d'examens de malades qu'au temps où ils étaient en seconde et surtout en première année. (tableau n° 7).

(1) Passeron (J.C.) et de St. Martin (M). Op cité.



La proportion de ceux qui sont allée en salle de malades, est la même : 20 %. Ceux qui n'y sont pas allés allèguent un travail extérieur (plus d'un tiers). 15,2 % invoquent le jugement défavorable des infirmières et 12,3 % mentionnent celui des externes. Contrairement à leur désir déclaré les stagiaires ont peu de contacts avec les malades. (tableau n° 8).

TABLEAU N° 8

Pourquoi le stagiaire ne va pas en salle d'hospitalisation.

| Motifs des refus (2)                          | Pourcentages |
|-----------------------------------------------|--------------|
| On travaille ailleurs                         | 34,2         |
| Personne n'y va                               | 20,9         |
| On y perd son temps                           | 17,1         |
| On se fait mal voir par les infirmières       | 15,2         |
| On se fait mal voir par les externes          | 12,3         |
| On gêne les malades                           | 11,4         |
| On se fait mal voir par les autres stagiaires | 9,5          |

La mauvaise qualité des relations entre les infirmiers et les stagiaires nous a frappé depuis longtemps. En absence de relations de travail organisées et de relations personnelles spontanées il n'existe qu'une ignorance mutuelle, de plus en plus teintée d'agacement au fur et à mesure qu'on monte dans la hiérarchie. D'un point de vue sociologique nous dirons que le personnel et les stagiaires ont tendance à entretenir une relation de classe inversée, une partie du personnel se trouvant en position de force par rapport aux stagiaires.

(2) Les pourcentages se rapportent au nombre total des stagiaires, compte-tenu des doubles réponses.



Les stagiaires semblent désirer plus de responsabilité professionnelle pour pouvoir s'approcher davantage du malade, dans de bonnes conditions (tableau n° 9 voir aussi l'analyse de contenu plus loin).

TABLEAU N° 9

Question : "Durant leur stage, des étudiants en médecine anglais ont la responsabilité d'un petit groupe de malades. Aimeriez-vous cela ?"

| Réponses     | Effectifs | Pourcentages |
|--------------|-----------|--------------|
| OUI          | 94        | 89,3         |
| NON          | 4         | 3,8          |
| Sans réponse | 7         | 6,6          |

Nous voyons que 90 % des stagiaires souhaiteraient assumer une telle responsabilité, revendiquant donc une situation comparable à celle des externes.

A la question "accepteriez-vous de faire un examen clinique général préopératoire ?", quatre stagiaires sur cinq répondent affirmativement.

En ce qui concerne les remplacements, nous avons vu précédemment que :

- 68,4 % ont fait au moins un remplacement d'externe (44,6 % de la population en ont déjà fait plusieurs),
- 54,1 % désirent faire bientôt un remplacement de médecin.



Nous voyons donc que les stagiaires ne manquent pas d'assurance sur le plan professionnel. Bien qu'ils se considèrent plus étudiants que médecins, ils s'estiment suffisamment compétents pour exécuter des actes médicaux importants. Le manque de confiance en soi, l'abdication que nous avons pu observer au cours de l'enquête préliminaire, semblent se manifester surtout en présence des enseignants : patron, chef de clinique, médecin-consultant. C'est la situation triangulaire médecin-malade-stagiaire qui semble être conflictuelle.

Lorsque le stagiaire est seul avec le malade, donc totalement investi du pouvoir thérapeutique, il peut établir avec lui des relations très satisfaisantes. Nous retrouvons ici l'intolérance du stagiaire au médiateur.

Ils sont insatisfaits de leur situation actuelle et souhaitent presque tous (90,2 %) participer plus largement aux activités du service. (Tableau n° 10).

TABLEAU N° 10

Question : Aimerez-vous participer davantage aux activités du service ?

| Réponses     | Effectifs | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| OUI          | 95        | 90,2        |
| NON          | 5         | 4,7         |
| Sans réponse | 5         | 4,7         |





### L'absence d'obligation.

Chaque médecin doit savoir exécuter quelques gestes simples d'usage courant ; gestes d'examen : palper, percuter, toucher ; gestes thérapeutiques : piqûres, confection de bandages intervention de petite chirurgie. Certains de ces actes sont encore en principe enseignés aux étudiants, d'autres ne le sont plus du tout. La nécessité d'apprendre les notions élémentaires de soins se fait de moins en moins sentir à l'hôpital où le personnel infirmier se charge le plus souvent de l'exécution. On assiste ainsi à un rétrécissement progressif du champ d'action médical. De nombreux actes réservés par la législation aux médecins, par exemple l'injection intraveineuse, la pose de perfusion ne sont plus réalisés par eux. (Dans certains hospices du fait de la démission médicale et de l'insuffisance des effectifs la prescription des médicaments courants elle-même commence à leur échapper). Cet usage trouve son retentissement au niveau de l'enseignement

(1) Les enseignants sont souvent enclins à enseigner seulement ce qu'ils pratiquent ou ont pratiqué eux-mêmes. Sans vouloir prendre position au sujet de l'orientation actuelle de la médecine nous devons constater que la médecine rurale reste encore largement artisanale ; à la campagne, le généraliste continue souvent à prélever lui-même ses échantillons. Les remplaçants peu exercés ont parfois du mal à les imiter. Un certain décalage existe entre ce qu'ils est souhaitable de connaître et ce qu'il est possible d'assimiler à l'hôpital.

(1) Ce chapitre est consacré à l'acquis des cinq années d'études et ne concerne pas les deux mois de stage en urologie.



En effet, que ce soit en raison de la moindre place accordée aux soins, ou à cause d'une confiance excessive dans les possibilités des étudiants de les apprendre tout seul, il n'existe pratiquement plus d'enseignement consacré aux connaissances pratiques de base. Les étudiants se tirent d'affaires comme ils le peuvent. Les plus sociables assistent les infirmiers dans les soins quotidiens. Ils sont relativement peu nombreux. D'autres choisissent pour venir travailler les jours ou les heures où il n'y a pas de stagiaires dans le service. Cette curieuse pratique assez répandue nous incite à penser que la présence d'un groupe important réalise une ambiance défavorable au travail manuel. La plupart font leurs premières piqûres à domicile, à la demande des parents ou des amis qui gardent confiance malgré l'aveu d'inexpérience. Les malades à l'hôpital, eux, protestent souvent contre l'attribution des soins aux débutants. Enfin certains étudiants, comme nous le montrerons plus loin, terminent leurs études sans avoir appris les gestes élémentaires. Ils s'y mettront obligatoirement plus tard, en stage interné, ou en remplacement, car même de nos jours il n'est pas possible d'exercer la médecine sans quelques aptitudes manuelles. Pour résumer la situation actuelle de l'enseignement pratique à l'hôpital nous dirons que tôt ou tard les étudiants sont tenus à dénicher une occasion pour débiter dans la pratique manuelle, cependant il n'existe aucune obligation pour qu'ils le fassent pendant la durée officielle des études.

#### Le niveau d'expérience pratique.

Nous avons demandé aux étudiants s'ils avaient déjà pratiqué

- un sondage
- une piqûre intramusculaire
- une piqûre intraveineuse
- une ponction lombaire
- une radioscopie
- un toucher rectal
- la respiration artificielle
- pris la tension artérielle



L'étude des réponses révèle une grande disparité du niveau d'expérience pratique. A partir de quatre gestes simples :

tension artérielle (T.A.)

injection intramusculaire (I.M.)

injection intraveineuse (I.V.)

toucher rectal (T.R.)

il est nécessaire de faire appel à un classement en sept catégories pour décrire le niveau d'expérience pratique de nos stagiaires (Tableau n° 11).

TABLEAU N° 11

Niveau d'expérience pratique des étudiants.--

| Gestes déjà effectués     | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------------|-----------|-------------|
| T.A. seule                | 13        | 12,3        |
| T.A. + I.M.               | 5         | 4,7         |
| T.A. + I.V.               | 2         | 1,9         |
| T.A. + T.R.               | 3         | 2,8         |
| T.A. + I.M. + I.V.        | 24        | 22,8        |
| T.A. + I.M. + T.R.        | 8         | 7,6         |
| T.A. + I.M. + I.V. + T.R. | 49        | 46,5        |
| Sans réponse              | 1         | 0,9         |

L'étude de ce tableau montre que plus de la moitié des stagiaires de 5ème année (52,2 %) n'ont pas encore effectué l'ensemble des quatre gestes mé dicaux les plus courants :



- 15,2 % n'ont jamais fait de piqûres,
- 17,1 % n'ont jamais fait d'injection intramusculaire,
- 27,5 % n'ont jamais fait d'injection intraveineuse
- 38 % n'ont jamais pratiqué de toucher rectal.

Seule, la prise de tension artérielle paraît avoir été accomplie par tous. De nombreux stagiaires n'ont pas pratiqué tous ces gestes élémentaires mais ont effectué des examens plus difficiles : ponction lombaire, sondage.

- 19 % ont pratiqué un sondage
- 25 % ont pratiqué une ponction lombaire
- 21 % ont pratiqué une scopie pulmonaire
- 26 % ont pratiqué une respiration artificielle.

C'est au cours des remplacements d'externes que les étudiants acquièrent le plus souvent l'expérience pratique dont ils ont besoin. Les étudiants qui ont effectué plusieurs remplacements d'externe ont, dans les trois quart des cas, pratiqué les quatre gestes médicaux courants (T.A., I.M., I.V., T.R.). Parmi ceux qui n'ont jamais fait de remplacement d'externe ou qui n'en ont fait qu'un seul, un peu plus d'un quart a accompli ces mêmes gestes. (Tableau n° 12).





TABLEAU N° 12

Le niveau d'expérience pratique et les remplacements d'externe \*

| Remplacement<br>d'externe                                | Plusieurs<br>remplacements | Un seul ou<br>pas du tout |
|----------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Pratique                                                 |                            |                           |
| Ont pratiqué T.A., I.M.<br>I.V., T.R.                    | 33                         | 16-                       |
| N'ont pas pratiqué<br>l'ensemble de ces quatre<br>gestes | 13                         | 40                        |
| Sans réponse                                             | 3                          |                           |

Ceci montre que l'acquisition des connaissances pratiques se fait de manière anarchique. Celles-ci sont généralement insuffisantes pour des étudiants de cinquième année de médecine.

Rappelons le décret officiel autorisant les étudiants en médecine, à pratiquer, dès leur deuxième année, toutes les prises de sang, alors que les infirmiers diplômés n'ont droit qu'au plis du coude et au bout des doigts.

\* Les chiffres indiquent des effectifs.



L'absence d'instruction organisée n'est pas seule responsable du niveau insuffisant d'expérience pratique des étudiants. La manipulation du recte de l'homme malade est particulièrement difficile en raison des résistances qui s'y opposent. Une série de questions avait pour but de cerner et de démontrer ces résistances.

La majorité des stagiaires (64,6 %) envisagent la relation qu'ils établissent avec les malades comme une possibilité de les soigner et en même temps d'apprendre la médecine. C'est un équilibre entre ce qu'on donne et ce qu'on reçoit. Quelques uns (7,6 %) disent qu'ils pensent avant tout à soigner les malades, comme s'ils se sentaient coupables d'apprendre la médecine à leurs dépens. Il s'agit parfois d'une réaction quasi névrotique. (Tableau n° 13).

TABLEAU N° 13

Apprendre ou soigner ?

| Opinion                                | Effectifs | Pourcentages |
|----------------------------------------|-----------|--------------|
| Une occasion d'apprendre la médecine   | 24        | 22,8         |
| Une possibilité de soigner les malades | 8         | 7,6          |
| Les deux simultanément                 | 68        | 64,6         |
| Sans réponse                           | 5         | 4,7          |

Nous avons cherché à juger grâce au questionnaire dans quelle mesure le stagiaire s'identifiait au malade. (Tableau n° 14)



TABLEAU N° 14 \*

| Propositions                                               | Vrai | Faux | Sans réponse |
|------------------------------------------------------------|------|------|--------------|
| Le malade est un ami                                       | 23,7 | 51,3 | 24,7         |
| Sentiment de malaise devant un malade incurable            | 47,5 | 27,5 | 24,7         |
| Tout médecin devrait avoir fait l'expérience de la maladie | 30,4 | 60,8 | 8,5          |

Pour la majorité et selon l'opinion médicale courante, la relation thérapeutique ne peut-être qu'une relation professionnelle. Seul, un quart des stagiaires considère le malade comme un ami : ils peuvent n'avoir pas résolu leur identification au malade, la moitié d'entre eux sont mal à l'aise devant une maladie incurable qui met en échec leur désir de guérir.

Un tiers d'entre eux estime que tout médecin devrait avoir fait l'expérience de la maladie. Nous retrouvons l'identification au malade par le biais de la maladie. Une identification trop forte rendrait impossible, à la limite, le maniement du malade et l'exercice médical.

Près de trois quarts des stagiaires s'avouent incompetents sur le plan médical. Seuls 4,7 % d'entre eux manifestent leur assurance en ce domaine. Un peu moins de la moitié regrettent qu'on ne leur permette pas de faire davantage pour les malades. Le sentiment d'impuissance qu'ils expriment semble provenir davantage d'inhibitions intérieures que d'interdictions extérieures. (Tableau n° 15).

\* Les chiffres indiquent des pourcentages.



TABLEAU N° 15 \*

## L'origine de l'inhibition

| Ne pas pouvoir faire<br>davantage pour les<br>malades par | Vrai | Faux | Sans<br>réponse |
|-----------------------------------------------------------|------|------|-----------------|
| Manque de compétence                                      | 70,3 | 4,75 | 24,7            |
| Absence de permission                                     | 48,4 | 26,6 | 24,7            |

Ces opinions modérées et réfléchies semblent en désaccord avec l'attitude revendicative très prononcée observée pendant le mois de mai 1968. Cela s'explique sans doute du fait qu'il n'est pas possible de considérer les étudiants en médecine comme une population homogène. De très grandes différences d'attitudes semblent exister. Comme nous l'avons signalé plus haut, cette enquête a vraisemblablement recueilli les opinions modérées. Les attitudes extrêmes, même si elles sont à attribuer à une petite minorité sont révélatrices et autorisent une réflexion théorique.

Le sentiment d'insécurité.

Une grande partie des étudiants (38,9 %) a parfois craint de ne pas pouvoir terminer ses études. Les raisons invoquées sont généralement très objectives : difficultés financières, réforme des études, accidents de santé. Les difficultés personnelles sont rarement mentionnées. Ces craintes expriment, sous diverses formes, le sentiment diffus d'insécurité qu'éprouvent généralement tous les étudiants. Certains stagiaires ("la portion névrotique"?) peuvent y être plus sensibles, surtout s'ils ont subi des échecs répétés aux examens.

\* Les chiffres indiquent des pourcentages.





Ils savent presque tous ce qu'ils veulent faire plus tard. Plus de la moitié (57%) envisage de se spécialiser, sans mentionner généralement de spécialité particulière. Seuls 17,1 % pensent devenir des omnipraticiens. Ils seraient très affectés de ne pouvoir réaliser leurs plans.

TABLEAU N° 16 \*

| QUESTION                                                                                                             | OUI  | NON  | Sans réponse |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|--------------|
| Si vous deviez renoncer à l'orientation choisie vous en seriez très affecté, ou vous ne sauriez quoi choisir d'autre | 74,1 | 12,3 | 13,3         |

Les trois quarts des étudiants sont très attachés à l'orientation choisie qui apparaît souvent assez mal définie. Il n'y en a que 12,3 % qui accepteraient d'y renoncer sans peine. Le pourcentage des abstentions paraît important.

Un peu plus de la moitié des étudiants estiment que s'ils restent stagiaires, ils ne pourront réaliser ces projets. On ne peut s'empêcher de penser que nombreux sont ceux qui se trouvent peut-être, sans le savoir, dans cette impasse. (Tableau n° 17).

TABLEAU N° 17

| QUESTION                                                   | OUI  | NON  | Sans réponse |
|------------------------------------------------------------|------|------|--------------|
| Rester stagiaire vous empêcherait-il de réaliser vos plans | 55,2 | 39,9 | 4,7          |

\* Les chiffres indiquent des pourcentages.



### L'avenir professionnel incertain.

Ils pensent généralement pouvoir gagner correctement leur vie au bout de cinq années d'exercice professionnel (44,6 %). Certains (21,8 %) ramènent ce délai à deux ans.

TABLEAU N° 18 \*

| QUESTION                                          | OUI  | NON  | Sans réponse |
|---------------------------------------------------|------|------|--------------|
| Etes-vous inquiet pour votre avenir professionnel | 65,5 | 24,7 | 9,5          |

Les deux tiers des stagiaires s'inquiètent de leur avenir professionnel, ce qui paraît plutôt alarmant, mais il faut tenir compte de leur conjoncture présente : les réformes successives des études et les conditions actuelles d'exercice ont contribué à éveiller et à maintenir certaines appréhensions quant à l'avenir de la médecine, autant chez les étudiants que chez les praticiens.

### Anxiété, culpabilité et agressivité.

Deux propositions concernaient le manque d'assurance et le sentiment de culpabilité dans l'exercice de la profession.

\* Les chiffres indiquent des pourcentages.



TABLEAU N° 19

| Propositions                                                                                                          | Vrai | Faux | Sans réponse |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|--------------|
| Quand on trouve une tension artérielle élevée chez un malade il faut la faire vérifier par quelqu'un d'autre.         | 28,5 | 66,5 | 4,7          |
| Il est gênant de continuer à soigner un malade qui estime avoir été victime d'une erreur thérapeutique de notre part. | 60,8 | 27,5 | 11,4         |

28,5 % des stagiaires appellent autrui au secours en cas de doute. Nous comparons leur réaction à celle de cet externe qui, placé dans la même situation, avait répondu qu'il fallait "la vérifier soi-même". Or, la prise de la tension artérielle est l'un des rares gestes médicaux que tous les stagiaires peuvent pratiquer. Un peu plus du quart d'entre eux paraissent incapables d'en assumer la responsabilité et de se conduire en médecin.

60,8 % d'entre eux pensent qu'il est gênant de continuer à soigner un malade qui estime avoir été victime d'une erreur thérapeutique de leur part. Cette question concerne la culpabilité du médecin en face du malade qu'il ne peut guérir. La majorité des stagiaires paraît n'avoir pas encore réussi à surmonter cette culpabilité liée à l'exercice médical.

Les stagiaires semblent en proie à un sentiment mélangé de culpabilité et d'anxiété. L'anxiété des étudiants en médecine semble dépasser celle des étudiants inscrits dans d'autres facultés. A cet égard il serait intéressant de comparer le pourcentage



des inscrits à celui des étudiants présents à l'examen en médecine et ailleurs. (Avant 1968). Nous supposons qu'il y a moins d'absence à la Faculté de Médecine en raison de l'angoisse des étudiants des premières années d'être éliminés. D'autres raisons jouent également. Citons le témoignage d'une étudiante (1). Après avoir constaté l'anxiété elle l'attribue à l'isolement, à l'absence de conception d'ensemble d'un emploi du temps chargé, au refus de la Faculté d'écouter les excuses et les explications même les plus justifiées et surtout à la politique de sélection et d'élimination impitoyable. L'étudiante conclut par la formulation que voici : "l'exclusion de l'étudiant compte plus que sa formation". L'objection habituelle de l'administration arguant du pourcentage faible des exclusions réellement prononcées comparé au nombre des abandons ne fait que souligner l'importance de l'anxiété irrationnelle de l'étudiant. La vocation pédagogique de la Faculté demanderait qu'on en tienne compte.

Le refus de passer des examens observé à la session de 1968 attire notre attention sur l'agressivité complémentaire de l'angoisse. Un groupe de discussion a réuni une fois par semaine une dizaine d'étudiants membres du groupe d'Etude de Psychologie de l'Association Générale des Etudiants en Médecine, pendant l'année scolaire 1965/66 (2). Les débats conduits selon le principe des groupes de discussion mais sans moniteur, étaient consacrés aux difficultés psychologiques des études médicales. Retracer l'évolution complète du groupe sort de notre propos. A la fin de l'année les participants ont pu se rendre compte que le groupe a centré successivement son attention sur chacun de ses membres, a exploré leurs relations à la médecine. A travers les problèmes concrets de chacun le groupe a pu prendre conscience de la très grande agressivité qui existait chez tous les participants contre la médecine et les médecins. Sans vouloir généraliser

(1) Le Monde, 18.9.1968. Page 9 : De la solitude à la rébellion.

(2) Boillot Françoise. Activités du "Groupe de Psychologie " de l'A.G.E.M.P.  
Revue de Médecine Psychosomatique. n° 4 - 1964.







abusivement ces résultats, et en tenant compte de ce qu'il y avait d'atypique et marginal dans ce groupe, nous postulons à partir de cette expérience, l'existence d'une très grande ambivalence chez tous les étudiants en médecine à l'égard de la profession et ses représentants. Cette agressivité a pu en partie, s'exprimer depuis le mois de mai 1968.

Si nous parlons de culpabilité, d'anxiété et d'agressivité à propos de l'apprentissage des gestes pratiques c'est parce que nous estimons que ces sentiments sont toujours réveillés à l'approche du malade chez les débutants. Il s'agit de reconnaître la culpabilité irrationnelle déplacée, de supporter l'anxiété, et de contrôler et intégrer l'agressivité. Ces tâches ne sont pas facilitées aux stagiaires en médecine. Culpabilité et anxiété sont exacerbées par les sentiments d'échecs et d'inutilité. L'agressivité déplacée de la relation thérapeutique à la relation didactique n'est pas toujours supportée par les enseignants.



## LE STAGIAIRE.

### Son statut.

Nous avons vu que les stagiaires ont peu de contacts avec les malades à l'intérieur du service. Interrogeons-les cependant sur la qualité de ces contacts.

TABLEAU N° 20

Question : "Lorsque les malades auxquels vous avez à faire apprennent que vous êtes stagiaire, vous en êtes très affecté, juste un peu, pas du tout ?"

| Réponses     | Effectifs | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| Très affecté | 6         | 5,7         |
| Juste un peu | 16        | 15,2        |
| Pas du tout  | 77        | 73,1        |
| Sans réponse | 6         | 5,7         |

Les trois quarts des stagiaires ne se sentent pas gênés par leur statut lorsqu'ils abordent les malades ( ce qui n'est pas le cas lorsqu'ils entrent en relation avec les autres membres du personnel soignant). D'après eux, le manque d'intégration dont ils souffrent ne se situe pas au niveau de la relation thérapeutique stagiaire-malade.

Nous avons cherché à connaître les statuts du stagiaire suivant les relations où il est engagé : se considère-t-il d'abord comme un étudiant ou d'abord comme un médecin et comment il pense être perçu par les autres ? (Tableau n° 21).



TABLEAU N° 21

Etudiant ou médecin ?

| <div> <div>Les sta-<br/>giaires</div> <div> <div>Vis à vis<br/>et par leur<br/>entourage</div> </div> </div> | Se considèrent |      |          |      | Sont considérés |      |          |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------|----------|------|-----------------|------|----------|------|
|                                                                                                              | Médecin        |      | Etudiant |      | Médecin         |      | Etudiant |      |
|                                                                                                              | Eff            | Pour | Eff      | Pour | Eff             | Pour | Eff      | Pour |
| Etudiant<br>Chef de clinique                                                                                 | 2              | 1,9  | 91       | 86,4 | 2               | 1,9  | 80       | 76   |
| Malades                                                                                                      | 34             | 32,3 | 59       | 56   | 62              | 58,9 | 20       | 19   |
| Famille<br>Amis                                                                                              | 14             | 13,3 | 79       | 75   | 37              | 35,1 | 45       | 42,7 |
| Infirmières                                                                                                  | 20             | 19   | 73       | 69,3 | 12              | 11,4 | 70       | 66,1 |
| Sans réponse                                                                                                 | 12             | 11,4 | 12       | 11,4 | 23              | 21,8 | 23       | 21,8 |

Les stagiaires se perçoivent généralement comme des étudiants et pensent être perçus ainsi par leur entourage (malades, autres étudiants, chefs de clinique, infirmières, famille).

Les exceptions concernent les malades et les membres de leur famille : les stagiaires ont tendance à se situer en face d'eux et à se croire perçus par eux plutôt comme des médecins. Ce n'est que forts de ce sentiment qu'ils osent s'affirmer comme tels. En effet, le nombre de ceux qui se sentent médecins reste inférieur, dans les deux cas, au nombre de ceux qui croient être perçus comme médecins. La situation s'inverse lorsqu'il s'agit des infirmières : les étudiants ont tendance à s'affirmer devant elles comme médecins, tout en sachant qu'elles ne leur reconnaissent pas ce statut.



### Auto-évaluation.

Nous avons proposé aux stagiaires de désigner le critère principal d'après lequel ils appréciaient leur travail.

TABLEAU N° 22

| Critères d'appréciation        | Pourcentage |
|--------------------------------|-------------|
| Appréciation personnelle       | 40,8        |
| Réussite aux examens           | 31,3        |
| Réussite aux concours          | 12,3        |
| Participation aux stages       | 0,9         |
| Opinion des amis               | 0,9         |
| Sans réponse ou double Réponse | 13,3        |

Seuls, 12,3 % des stagiaires posent la réussite au concours comme critère valable pour apprécier le travail d'un étudiant. Cette faible proportion peut étonner. Ceci évoque l'existence d'une défense de leur part : ne sont-ils pas ceux qui, justement, n'ont pas réussi aux concours ? Ils s'accordent, au contraire, beaucoup d'importance à la réussite aux examens de fin d'année (on sait qu'en cinquième année, le pourcentage de réussite aux examens est élevé).

40,8 % des stagiaires estiment qu'ils sont les seuls juges de leur travail, ce qui témoigne, nous semble-t-il, d'une certaine maturité.

### Attitudes médicales.

Examinons les opinions émises concernant les propositions suivantes :





TABLEAU N° 23 \*

## L'acceptations des valeurs médicales.

| Propositions                                                               | Vrai | Faux | Sans réponse |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|--------------|
| On ne saurait jamais investir assez d'argent dans la recherche médicale    | 94   | 2,8  | 2,8          |
| Un médecin doit persuader son malade d'accepter un traitement bénéfique    | 95,9 | 1,9  | 1,9          |
| Il est inutile de soigner des gens qui ne savent pas se soigner eux-mêmes. | 5,3  | 88,3 | 5,7          |
| La majorité des actes médicaux sont inutiles                               | 15,7 | 78,8 | 5,7          |

La quasi-totalité des stagiaires estime qu'on ne saurait jamais investir assez d'argent dans la recherche médicale. Presque tous affirment qu'un médecin doit persuader son malade d'accepter un traitement bénéfique. La grande majorité d'entre eux soutient qu'il est utile de soigner les gens, même s'ils ne savent pas se soigner eux-mêmes. Les trois quarts jugent la majorité des actes médicaux utiles.

Ces réponses nous permettent de saisir quelle image ils se font du médecin et de son rôle et d'établir une certaine hiérarchie dans les valeurs proposées : d'abord la toute-puissance

\* Les chiffres indiquent des pourcentages.



dans la conduite du traitement, puis l'importance de la vie et de la santé, la revendication de l'entière responsabilité du malade et enfin la croyance en l'utilité de la médecine. On remarque que les stagiaires adhèrent massivement à cette sorte d'éthique professionnelle, qui s'est structurée progressivement tout au long de leurs études grâce à diverses pressions sociales. Elle fonde en partie l'idéologie médicale qui les imprègne, et qu'ils ne remettent en cause que difficilement.

#### La considération sociale.

Nous avons polarisé l'attention des étudiants sur le personnage du Patron et l'importance des concours, en leur demandant leur avis sur les propositions suivantes :

TABLEAU N° 24 \*

| Propositions                                      | Vrai | Faux | Sans réponse |
|---------------------------------------------------|------|------|--------------|
| Un Patron est mieux considéré qu'un généraliste   | 89,3 | 5,7  | 4,7          |
| L'étudiant brillant devrait préparer des concours | 27,5 | 58,8 | 12,3         |
| Un externe a toutes les chances de devenir Patron | 6,6  | 86,4 | 6,6          |

\* Les chiffres indiquent des pourcentages.



La grande majorité des étudiants estime qu'un patron est mieux considéré qu'un médecin généraliste (1). Dans le questionnaire provisoire, nous avons proposé aux stagiaires de comparer la considération accordée au Patron à celle dont jouissent le chercheur, le spécialiste, l'omnipraticien, le médecin du travail, le responsable de dispensaire, le Professeur de Faculté, le médecin-directeur de clinique. Seul, l'omnipraticien (présenté comme "le médecin qui consacre sa vie aux malades") supporte la comparaison. Ici, les stagiaires ont tranché : c'est bien le Patron qui incarne pour eux l'image idéale du médecin.

Un peu plus du quart des stagiaires estime qu'un étudiant qui a réussi brillamment ses études médicales, devrait se sentir obligé de préparer des concours. Les autres s'inscrivent en majorité en faux contre l'opinion officielle, telle qu'elle se dégage de la réforme de 1962 : Ils refusent de lier examens et concours.

Remarquons le nombre élevé des abstentions, signe du caractère conflictuel de la question.

Seuls, 6,6 % des stagiaires estiment qu'un externe à toutes ses chances pour devenir un Patron. Les autres dénie à l'externat la valeur d'une épreuve de base qui départagerait définitivement les futurs médecins. Leur intérêt pour l'externat s'en trouve diminué d'autant.

#### Rapports avec la Faculté. (2)

Les relations nous apparaissent effectivement très chargées mais rarement explicitées. A la question : "Au cours de vos études, avez-vous été victime d'une injustice grave de la part de la Faculté ?", 42,7 % des stagiaires estiment avoir

(1) On se souvient des propos de BALINT concernant les désagréments occasionnés par la survivance de la relation maître-élève entre spécialistes et omnipraticiens.

BALINT (M.). Le médecin, son malade et la maladie, Paris, PUF, 1960, pp. 84-120.

(2) voir à ce sujet page 41.



été lésés au cours de leurs études. La moitié d'entre eux a protesté, mais généralement sans succès.

La Faculté est vécue comme une institution cruelle, sourde à tout appel. On peut se demander ce qu'elle représente pour eux, pour susciter des sentiments aussi violents d'agressivité et de découragement.

TABLEAU N° 25

L'injustice de la Faculté :

| Opinions                                              | OUI |      | NON |      | Sans réponse |      | TOTAL |      |
|-------------------------------------------------------|-----|------|-----|------|--------------|------|-------|------|
|                                                       | Eff | Pour | Eff | Pour | Eff          | Pour | Eff   | Pour |
| Ont subi une injustice grave de la part de la Faculté | 45  | 42,8 | 53  | 50,4 | 7            | 6,8  | 105   | 100  |
| Ont protesté                                          | 25  | 56   | 20  | 44   | -            | -    | 45    | 100  |
| Succès de la protestation                             | 3   | 12   | 22  | 88   | -            | -    | 25    | 100  |

Le sentiment d'appartenance.

La majorité des stagiaires désire démontrer qu'ils appartiennent au corps médical et souhaitent s'y intégrer (82,6 %) sont abonnés à des revues médicales ; ceux qui ont une voiture personnelle (la moitié environ), y ont placé le caducée.

Nous avons eu l'impression que les étudiants en médecine, contrairement à ce qui se passe souvent dans d'autres facultés, se hâtent de terminer leurs études.(1) Ils désirent deve-

(1) à comparer également avec les habitudes américaines où les étudiants en médecine interrompent souvent leurs études pour faire 1 à 2 années de recherche.





nir médecin responsable le plus vite possible, toute perte de temps leur semble intolérable. Ceci se manifeste assez tôt, dès la troisième année les étudiants disent couramment qu'ils n'ont plus rien à apprendre à la Faculté, ce qui leur manque ne viendra qu'avec la pratique à partir de la sixième année. Cette position manifestement sans issue conduit à un refus de toute situation de dépendance que nous avons dénommé aspiration précoce à l'indépendance professionnelle. Elle est complétée par le sentiment, justifié, de l'impossibilité d'accéder à ce désir sans délai. L'évolution de la personnalité professionnelle est bloquée. Les anciens stagiaires partent dans la carrière médicale avec l'espoir chimérique d'accomplir une mutation en remplacement du lent processus de maturation qui leur était refusé.



## CRITIQUES ET SUGGESTIONS DES ETUDIANTS SUR LES STAGES.

---

Dans ce chapitre notre propos est d'exposer comment certains problèmes sont abordés par les étudiants.

### Caractère obligatoire du stage.

TABLEAU N° 26

---

Question: Etes-vous partisan du caractère obligatoire des stages hospitaliers ?

| Opinion      | Effectifs | %    |
|--------------|-----------|------|
| OUI          | 66        | 62,8 |
| NON          | 37        | 35,3 |
| Non-réponses | 2         | 1,9  |
| TOTAL        | 105       | 100  |

La majorité des stagiaires sont partisans du caractère obligatoire des stages, c'est-à-dire qu'ils adhèrent finalement au système d'enseignement en vigueur (1) à condition toutefois d'assimiler le travail du stagiaire à la fonction d'externe : "oui, si le remplacement d'externe est autorisé ; oui, si on a une fonction d'externe avec responsabilité".

Inversement, leurs refus sont motivés par l'aménagement actuel des stages : "tels qu'ils sont maintenant conçus, les stages ne doivent pas être obligatoires."

(1) Constatation faite également par Passeron J.C. et St-Martin M. op. Cité.



Les réponses paraissent confirmer notre hypothèse selon laquelle l'absence d'obligation est ressentie comme une absence de sollicitation.

Ils sont généralement peu satisfaits de l'enseignement qui leur est proposé : la majorité d'entre eux juge insuffisantes les connaissances qu'ils ont pu acquérir au cours du stage. On remarque que les stages de chirurgie sont plus sévèrement jugés que les autres. (tableau n° 27). Ceci tient peut-être au fait qu'en chirurgie tout se passe au bloc opératoire d'où le plus souvent les stagiaires sont exclus. L'introduction de la télévision était censée pallier cet inconvénient. Les étudiants cependant n'apprécient guère cette méthode (voir plus haut). Certains stages trouvent grâce à leurs yeux : ainsi obstétrique et les spécialités "facultatives" sont, dans l'ensemble, bien jugées. Ils reprochent au stage d'urologie son caractère trop théorique.

TABLEAU N° 27 \*

L'opinion sur l'utilité des stages

| Stage<br>Estiment                   |          |           |          |                       |
|-------------------------------------|----------|-----------|----------|-----------------------|
|                                     | Médecine | Chirurgie | Urologie | Autres<br>spécialités |
| Avoir acquis assez de connaissances | 20,9     | 7,6       | 6,6      | 20,9                  |
| Avoir acquis quelques connaissances | 57,9     | 51,3      | 61,7     | 38,9                  |
| Avoir perdu leur temps              | 16,1     | 38,1      | 25,6     | 22,8                  |
| Sans réponses                       | 1,9      | 2,8       | 5,7      | 17,10                 |

\* Les chiffres expriment des pourcentages.



## La possibilité des stages.

Les étudiants rendent les autorités administratives (Education Nationale, Faculté de Médecine) (les deux tiers), et l'existence de l'externat (la moitié), responsables du mauvais fonctionnement des stages. Ils accusent fort peu l'autorité proche : Chef de service, (un tiers), chef de clinique (un cinquième) et ont tendance à se décharger eux-mêmes de cette responsabilité.

## Les thèmes abordés par les étudiants.

Après avoir fait remplir le questionnaire nous demandions aux étudiants de faire toutes suggestions ou remarques critiques qu'ils jugeaient utiles. A partir du matériel ainsi obtenu nous avons tenté de constituer l'inventaire des thèmes les plus importants. Ceux-ci se groupent sous trois rubriques :

- 1)- Conditions de travail
- 2)- Méthodes de l'enseignement
- 3)- Relations avec le personnel infirmier et médical.

1)- Les conditions de travail : Certains des thèmes évoqués sont explorés par le questionnaire.

- le manque de contact avec les malades
- l'irresponsabilité médicale du stagiaire
- l'absence d'intégration dans le service
- la présence obligatoire (trop ou pas assez).

Toutes ces difficultés sont signalées par de très nombreux étudiants. D'autres problèmes le sont par quelques-uns seulement. Ils semblent, soit moins importants soit non spécifiques du stage ou simplement moins apparents et ont partiellement ou totalement échappé à l'enquête préliminaire et pour cette raison ne sont pas explorés par le questionnaire.





- l'anonymat
- l'isolement
- la rivalité examen de fin d'année-stages.

- L'anonymat : tous les étudiants, médecins ou non, le connaissent. Devenir d'abord des dossiers ensuite de simples numéros de matricule, perdre son nom, son histoire, éveille ce que les psychologues appellent l'angoisse de la perte d'identité. Nous ne décrirons pas cette angoisse ni les mécanismes de défense mis en oeuvre pour la sauvegarde de l'intégrité de la personnalité menacée. Elle demande plutôt une étude clinique qu'une enquête.

- L'isolement : L'étudiant en médecine surtout stagiaire est peut-être plus exposé que ses camarades non-médecins. L'échec à l'externat conduit souvent à une seconde réorganisation des relations personnelles du candidat malheureux (la première a eu lieu après le baccalauréat) ceux qui ont des responsabilités hospitalières restent entre eux. Rappelons le rôle organisateur, du moins pour les internes, de la salle de garde traditionnelle. Les stagiaires doivent le plus souvent faire face seul à l'énorme travail de préparation des examens. Les sous-colles, théoriquement possibles, sont en fait rarement réunies. Les activités extra-professionnelles sont épisodiques. La présence à la Faculté, donc les rencontres, sont périodiques, temporaires et irrégulières. Les étudiants assistent peu au cours, se retrouvent surtout aux Travaux Pratiques où la composition des groupes est variable. Nous avons vu que les stagiaires se connaissent assez peu entre eux. Placés en dehors de toute collectivité aussi bien dans l'espace que dans le temps, souvent en conflit avec leur famille ou éloignés d'elle, il n'est pas surprenant que les stagiaires éprouvent un intense sentiment de solitude.

- Rivalité examen de fin d'année-stage : C'est une manifestation de l'antagonisme classique hôpital-faculté qui est une, sinon la principale raison de l'absentéisme au stage. C'est ainsi qu'un des étudiants qui, par ailleurs, n'a aucune critique à faire,



estime qu'il faudrait mettre ce stage en dehors de la période des examens.

## 2)- Les méthodes de l'enseignement.

Dans ce chapitre nous retrouverons la plupart des thèmes majeurs :

- l'absence de formation pratique
- le problème du nombre
- les cours, excellents et indispensables pour les uns, mauvais et superflus pour les autres.
- l'absence de travail personnel
- la mise en question de la compétence des enseignants (principalement celle des chefs de clinique).
- le désir de pouvoir faire des stages de spécialité facultatifs (cardiologie et hématologie sont cités).
- désir de participer aux gardes.

La formation pratique : Nous avons pu constater (voir plus haut) l'insuffisance de cette formation. Les étudiants semblent en être conscients :

"Ce qui manque surtout c'est l'organisation de l'apprentissage pratique des gestes simples en urologie qui peuvent être indispensables un jour pour n'importe quel médecin et que les cours théoriques n'apprennent pas", estime un étudiant.

Presque tous ceux qui ont consenti à exprimer leurs opinions ont évoqué ce problème. Certains se sont contentés de constater l'absence d'une formation pratique, souvent en déplorant l'importance, excessive à leurs yeux, accordée aux cours théoriques. D'autres donnent plus de précisions. Ils aimeraient écrire-ils, apprendre à faire un sondage, des touchers, voire des cystoscopies, prendre des observations, lire des radios, étudier des dossiers. Les étudiants qui réclament radio et dossiers ne semblent pas être informés des possibilités réelles de l'apprentissage dans ce service où ce matériel est relativement accessible. De même peu sont au courant de l'invitation faite



par le chef de service à tous ceux qui voudraient faire un remplacement d'externe de se faire connaître en vue de leur en attribuer un. Ceci est d'autant plus regrettable que ce remplacement est constamment cité en modèle de formation pratique. Ce manque d'information est-il dû à l'absence d'un effort de propagande soutenu de la part des enseignants ? Songeons que les étudiants se succèdent en sept séries indépendantes. Pour que tout le monde soit au courant il aurait fallu tout répéter au moins sept fois. En fait de tels renseignements se transmettent très bien de bouche à oreille comme l'a montré la lutte annuelle pour l'attribution par l'Assistance Publique des places d'externes restées vacantes après le concours vers les années 1960-1962. Si les places d'externes offertes par le service d'urologie sont moins recherchées (le fait est confirmé par le secrétariat du service) c'est que peut-être les stagiaires sont moins prêts à assumer de telles responsabilités qu'ils ne le pensent. Encore une fois l'absence d'obligation semble être vécue comme une absence de sollicitation. Certains semblent en être conscients : "Faire participer un peu plus les stagiaires, au besoin de façon autoritaire, au fonctionnement réel du service! Citons encore deux témoignages : le premier est celui d'un étudiant averti :

"C'est un des rares stages où l'on nous invite à faire fonction d'externe, et où l'on nous accueille d'une façon sympathique en consultation, mais une fois de plus c'est le côté pratique et responsable qui nous manque. Nous n'avons que peu d'occasions de faire une observation ou un T.R. (toucher rectal). Une fois de plus nous subissons un enseignement théorique. Nous ne sommes pas intégrés dans le service".

La seconde déclaration provient d'un étudiant étranger.

"J'ai choisi de venir en France pour apprendre la médecine française, mais après six années passées à la Faculté je ne crois pas avoir bénéficié de l'éducation nécessaire pour pratiquer la médecine chez moi. Je pense que ce système ne convient pas pour les étrangers d'origine anglaise (ou anglophone). Je suis vraiment déçu et je pense aller chercher l'enseignement qui





me manque dans un autre pays".

Le problème du nombre des étudiants réunis au stage est également bien connu. Tous sont d'accord pour estimer que les groupes de stagiaires doivent être petits, le nombre souhaitable de participants est souvent évalué à quatre ou cinq personnes.

Les opinions exprimées sur les cours donnés à l'amphithéâtres sont, par contre, loin d'être unanimes. Si tout le monde déplore l'absence d'un enseignement pratique sans lequel même le meilleur des cours reste dépourvu de toute efficacité, la valeur intrinsèque de cette dernière forme de l'enseignement est discutée. Ses défenseurs, nombreux mais minoritaires se contentent de signaler leur satisfaction "les cours sont excellents" et proposent surtout des aménagements de programmes et d'horaires. Ses adversaires critiquent l'incompétence des chefs de clinique qui se contenteraient de réciter leurs questions d'internat, le double emploi de la plupart des cours avec ceux de la faculté, et dénoncent les mauvaises conditions matérielles dans lesquelles ils ont lieu.

L'absence de toute possibilité de travail personnel est de nouveau constatée. Nous venons de voir à propos des remplacements d'externes que cela n'est que partiellement vrai dans ce service. Cependant un étudiant souligne qu'il s'agit d'un problème général commun à tous les stages. La solution proposée par de nombreux stagiaires est l'externat pour tous.

La mise en question de la compétence des enseignants : Rappelons tout de suite que jamais à notre connaissance la compétence professionnelle des patrons ou des assistants n'a été mise en cause par les stagiaires. Bien au contraire, ils sont persuadés de la toute puissance médicale des médecins expérimentés et ne demandent, dans un premier temps, qu'à être admis en présence d'eux. Ils semblent aspirer à une véritable relation maître-élève. Nous savons que dans les circonstances actuelles une telle relation ne peut pas exister entre un médecin chef ou un assistant et un stagiaire. Nous reparlerons encore du pro-





blème important de la distance entre enseigné et enseignant qui à notre avis conditionne largement tous les autres. Notons quand même que la critique adressée aux chefs de clinique semble davantage issue du ressentiment des stagiaires que due à une juste évaluation de leurs capacités. Les stagiaires se sentent méprisés par eux. De toute façon le meilleur des chefs de clinique ne pourra pas remplacer le Patron. Un étudiant écrit : "On n'apprend rien. Les chefs de clinique se posent brillamment sans tenir compte de vos connaissances ou possibilités. Contact avec les malades inexistant. Aucune communication. On se sent nul, affecté, méprisé".

Les deux derniers problèmes, (stages de spécialités non obligatoires et participation aux gardes) sont soulevés par quelques étudiants mais ils ne sont pas développés.

3)- Relations avec le personnel infirmier et médical : la complexité de ce problème n'autorise pas la constitution d'une liste de thèmes abordés. Nous consacrerons la dernière partie de ce travail à l'étude de cette relation.



L'IDENTIFICATION ET LA CONSTITUTION DE LA PERSONNALITE

---

PROFESSIONNELLE DES STAGIAIRES EN MEDECINE

---



Les problèmes posés par les stages sont, d'une part d'ordre matériel, d'autre part de l'ordre de la compréhension psychologique. L'insuffisance des moyens, la complexité d'une situation soumise aux exigences contradictoires de la formation et de la sélection, des difficultés de l'organisation sont quelques aspects de la réalité pratique. La réalité affective est encore plus difficile à saisir. Après avoir rappelé les grandes étapes de la formation de la personnalité du point de vue de l'identification et comparé la personnalité professionnelle des deux modèles généralement admis par tous les médecins : le médecin-chef de service et le généraliste, nous allons tenter de décrire l'évolution psychologique de l'étudiant en médecine au cours de ses études : ceci pour contribuer à la compréhension psychologique des problèmes posés par la formation médicale.



LE ROLE DE L'IDENTIFICATION DANS LA CONSTITUTION DE LA  
PERSONNALITE

La personnalité se différencie et se constitue par une série d'identifications. Cette découverte est due à Freud. Il l'a faite corrélativement à l'élaboration de la notion du complexe d'Oedipe et à l'investigation des conséquences de celui-ci. Les instances décrites par sa seconde théorie de l'appareil psychique, sont appelées Ça, Moi, Surmoi, Idéal du Moi. Ces composantes de la personnalité sont définies par les identifications dont elles dérivent. (1)

Actuellement on distingue les identifications précoces ou primaires des identifications tardives ou secondaires. (2) Les identifications précoces régissent le développement psychique du nourrisson, au cours de la première année. Elles sont connues grâce surtout aux travaux de Melanie Klein, de R.A. Spitz, de A. et M. Balint, de Fenichel et de Glover E.

Il s'agit de processus malgré tout assez peu explorés et difficilement observables. Ils seraient la forme la plus originale du lien affectif à un objet. Ils concernent la personnalité totale et leurs perturbations entraînent des conséquences psychologiques et somatiques particulièrement graves : schéma corporel, développement psycho-moteur, fonctionnement mental, seront facilement défectueux d'où certaines désorganisations psychosomatiques et mentales à la moindre occasion. (3)

(1) Laplanche et Pontalis. Op. Cité

(2) Pierre Luquet : Les identifications précoces dans la structuration et la restructuration du Moi. Revue Fr. de Psychanalyse N° spécial 1962.

(3) On peut lire à ce sujet les travaux de l'Ecole Psychosomatique française. En particulier : P. Marty, M. de M'Uzan et C. David : L'investigation psychosomatique. P.U.F. 1963 et M. Fain et P. Marty : Perspectives psychosomatiques sur la fonction des phantasmes. Revue fr. de Psychanalyse n° 4 - 1964





Les identifications précoces qui sous-tendent tout le développement ultérieur ne nous intéressent pas directement ici. La formation de la personnalité professionnelle que nous étudions dans ce travail est un "processus tertiaire" qui se greffe sur les identifications tardives.

Les identifications tardives ou secondaires succèdent aux investissements libidinaux sur les parents, au cours de la résolution de ce que les psychanalystes appellent le complexe d'Oedipe. Ce dernier est défini par Laplanche et Pontalis comme l'ensemble organisé de désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents : désir de la mort de ce rival qu'est le personnage du même sexe et désir sexuel pour le personnage de sexe opposé. Il est vécu selon Freud à sa période d'acmé entre trois et cinq ans.

Le déclin du complexe d'Oedipe est inévitable. Il se dissout en raison de l'impossibilité même de son projet. Son échec serait, selon Freud, puissamment facilité par l'angoisse de castration. Ce qui compte pour nous c'est qu'après avoir renoncé à posséder la mère génitalement le petit garçon abandonne normalement son attitude hostile vis à vis du père. Bien plus, il l'adopte comme idéal, désire lui ressembler ou encore s'identifie à lui. L'autorité du père est introjectée, intériorisée et agira désormais comme une partie de la personnalité du garçon. On conçoit quels troubles du développement peuvent entraîner l'absence d'idéalisation du père ou d'un substitut convenable. Si tout se passe bien, le complexe d'Oedipe se résout. Freud précise qu'il ne s'agit pas alors d'un refoulement : le complexe dissous ne réapparaîtrait jamais plus. Ceci est important car souvent on a l'impression d'assister à des développements oedipiens entre personnes qui n'ont plus l'âge requis. Ainsi entre étudiants et professeurs parfois. (1)

(1) selon la thèse récente de André Stéphan le conflit sous sa forme actuelle entre étudiants et professeurs serait non pas la manifestation de la lutte oedipienne, mais la conséquence d'une conduite de l'évitement de l'oedipe. L'étudiant contestataire nie selon l'auteur, l'existence du conflit oedipien. On pourrait ajouter : tout comme les vrais conservateurs. Il s'agirait dans ce cas d'un refus total de s'identifier au père. Il est lié non pas au désir de prendre sa place mais à la suppression pure et simple de la fonction parentale et à une tentative



D'après ce qui précède toute manifestation oedipienne intempestive de la part des adultes peut-être de bon droit considérée comme pathologique. Nous pouvons ajouter qu'il semble s'agir d'une pathologie fréquente et banale.

Les mauvais rapports et l'hostilité constatés entre père et fils ou entre professeurs et étudiants correspondent souvent à ce qu'on appelle une identification négative. L'identification positive décrite plus haut appelle l'enfant à "devenir comme" le père. L'identification négative le pousse à prendre la place de ce dernier. Ces identifications tardives ne modifient pas toute la personnalité mais seulement des parties de celle-ci. A ce titre, on pourrait les appeler identifications partielles. Federn précise que ces modifications concernent les frontières du Moi, c'est-à-dire ses couches les plus superficielles en contact avec le monde.

Selon Maurice Bouvet, l'aboutissement de l'évolution est le Moi adulte qui n'a plus besoin de s'identifier. Cette vérité théorique reste plus un idéal à atteindre qu'un but réalisable. En particulier à côté des identifications tardives proprement dites entre enfants et parents ou substituts s'organise toute une série d'identifications partielles socialement induites et dérivées des précédentes qui sont à la base de l'apprentissage. (Investissement par libido plus ou moins sublimée). Nous dirons donc que l'ensemble des identifications auxquelles donne lieu l'acquisition du métier définissent une personnalité professionnelle.



La notion de la personnalité professionnelle mérite qu'on s'y arrête. A l'image de la personnalité tout court il s'agit vraisemblablement d'une formation psychique, ( au sens le plus large du terme impliquant les notions de schéma corporel, de motricité relationnelle et instrumentale, etc) organisées autour d'une instance de coordination, une sorte de Moi professionnel. Ce dernier serait chargé d'assurer à l'individu la plus grande satisfaction personnelle compatible avec les exigences réelles du travail. Il subirait d'une part l'influence d'une conscience professionnelle dont on connaît l'importance en médecine, il tâcherait d'autre part de se réaliser conformément aux aspirations de l'idéal professionnel. Chaque médecin digne de ce nom porte en soi les deux instances de ce genre. On reconnaît dans cette description de la personnalité professionnelle une application de la seconde topique de Freud. En particulier, à côté de l'enseignement du savoir-faire indispensable, la formation médicale a pour but, l'organisation d'une telle personnalité professionnelle, dont le poids est ici peut-être plus grand que dans d'autres métiers. Cette seconde tâche semble être, et de loin, la plus difficile et justifie peut-être la longueur des études médicales.

Une telle structure calquée sur l'organisation générale de la personnalité est sans doute commune à toute activité humaine institutionnalisée. Nous ne saurons pas décrire en quoi la médecine se distingue ; quels sont les caractères que lui imprime la singularité de son objet : l'homme malade. Citons seulement les exigences de l'éthique médicale qui définissent une échelle de valeurs et une morale professionnelle. (déontologie explicite et implicite). Nous avons formulé quelques hypothèses sur cette éthique dans notre questionnaire, par exemple en ce qui concerne la considération accordée à la médecine générale, comme valeur universelle acceptée par tous les médecins, étudiants et enseignants. Cette éthique commande une attitude commune devant les problèmes :





de la vie, de la préservation de la vie et de la mort. L'école culturaliste américaine a bien étudié la question, leur point de vue anthropologique s'est révélé fructueux pour la description sociologique et psychologique de ce qu'ils appellent les groupes de spécialité (1) Tant que subsiste l'homogénéité des attitudes du corps médical, le maintien de l'unité de l'enseignement de base malgré les exigences techniques très différentes des diverses orientations reste justifié.

Cependant les différences sont énormes par exemple entre les deux représentants modèles typiques que sont le médecin-chef de service et le généraliste. La personnalité du généraliste est reconnue autonome et indépendante. En effet, il doit fournir d'emblée, dès le premier jour de sa vie professionnelle un effort d'organisation constante pour réaliser les conditions favorables à l'exercice médical. Il construit lui-même tout un environnement professionnel fait d'un cabinet bien équipé, de réseaux de consultations spécialisées, de laboratoires convenables et d'hôpitaux ou cliniques acceptables.

Imaginer et maintenir un emploi du temps rationnel et efficace, l'insérer dans un circuit compliqué de communications et de déplacements sont déjà des tâches difficiles. L'acte médical pratiqué par le généraliste réunit un laps de temps très court tous les moments de la démarche habituelle. Il comporte, si possible, un diagnostic, toujours un traitement et surtout une idée très claire de la conduite à suivre en fonction de laquelle le généraliste fixera la date de la consultation prochaine et évaluera les limites de ses possibilités thérapeutiques. Un généraliste doit toujours savoir ce qu'il va faire pour son malade et ceci pratiquement sans délai de réflexion. Par contre l'acte médical hospitalier se décompose facilement en ces différents épisodes : observation initiale, examens physiques et complémentaires, diagnostic, traitement, chaque moment faisant appel à des spécialistes différents. Une dimension essentielle de la médecine praticienne disparaît dans cette organisation bien que chaque étape gagne en complexité. Par ailleurs, il est indépendant et assume seul la responsabilité de ses actes. De nombreuses études

(1). Linton R. Le fondement culturel de la personnalité.  
Dunod 1959.





ont été publiées à ce sujet dans les revues médicales. Nous désirons souligner de notre côté ces caractères spécifiques de l'autonomie et de l'indépendance du médecin généraliste.

Si le généraliste est censé être capable d'emblée, de faire face à ses obligations, sans apprentissage spécifique préalable, il n'en va pas de même du médecin-chef de service. Ce dernier aura passé la plus longue période de sa carrière à se préparer. Au début il est seulement chargé de tâches simples et bien définies. Ses compétences et ses responsabilités s'élargissent progressivement à l'intérieur d'un système hiérarchique linéaire où sa place est définie comme l'est celle d'un enfant entre ses aînés et ses cadets. La comparaison n'est pas fortuite, la faculté de s'incorporer dans un ordre hiérarchique suppose la dépendance en même temps d'un "grand frère" qui protège et auquel est soumis l'individu et d'un "petit frère" qui exige sa protection et qui est dominé (1). Dans une telle structure aucun individu n'est égal à un autre alors que l'univers du généraliste ne comporte que des égaux. D'autre part il est nécessaire d'avancer, de "grandir", de changer de place hiérarchique si on veut rester à l'intérieur du système. Il existe comme une obligation de vouloir devenir patron. Le généraliste, lui, peut garder la même position indéfiniment. Le médecin hospitalier en raison même de son insertion hiérarchique est obligé de tenir largement compte de l'opinion et des besoins de ses collègues. Par contre il peut manier le malade à son gré. (Cette situation a été souvent présentée comme une "déshumanisation" de la médecine). Le généraliste là encore occupe la position inverse : il doit ménager son malade mais il peut malmener ses confrères.

(1) F. MORGENTHALER et P. PARIN. Observations sur la genèse du Moi chez les Dogons.- Rev. Fr. de Psychanalyse 1967 n° 1.



Certes, les deux médecins modèles occupent la position d'un père. Mais il s'agit comme nous venons de le voir de deux pères bien dissemblables. (1)

Toutefois, avant de parvenir à l'identification à un de ces médecins-pères que nous venons de décrire, l'étudiant en médecine est marqué par d'autres images.

(1) Le généraliste entretient une relation médecin-malade beaucoup plus chargée sur le plan affectif et individuel constatent A.R. MISSENARD et R. GELLY dans une très belle étude sur "l'identification dans la formation du médecin" dont malheureusement nous n'avons pas pu prendre connaissance avant la rédaction de ce travail.



L'enfant s'identifie généralement aux membres malades de sa famille ou de son entourage. L'époque de ces identifications semble commencer avant la période de latence, en rapport sans doute avec l'agressivité et le sadisme propre à cet âge. Lui-même est souvent examiné et cette expérience le marque incontestablement (1). L'attitude de l'enfant à l'égard de la maladie et du médecin constitue une des sources de la motivation aux études médicales (2).

Plus tard chez le jeune étudiant nous retrouvons les traces de cette attitude. Elle se manifeste dans le discours de certains et s'exprime surtout par le désir d'être proche du malade que nous avons souligné dans le compte-rendu de notre enquête (3).

C'est ainsi qu'un stagiaire a pu exprimer devant nous à l'hôpital un phantasme révélant son envie d'être malade, de recevoir les mêmes soins affectueux dont les patients étaient l'objet. Le contexte a permis de rattacher ce désir de régression, au delà de la signification individuelle contingente au processus de l'apprentissage dans lequel était engagé l'étudiant. Un autre exemple, pathologique celui-ci, comprend un passage à l'acte :

(1) On trouvera une collection d'images significatives de l'attitude des enfants dans l'étude de Guasch G : Le médecin vu par l'enfant. Publication de l'Ecole des Parents. Images éditées par Lab. DELAIGNE 1969.

(2) WIENER P. : Identification au malade et motivations aux études médicales. Projet de recherche, déposé à l'I.N.S.E.R.M. 1964

(3) J.P. VALABREGA parle de "phantasme thérapeutique". La Relation thérapeutique - Flammarion 1962.



un élève-infirmier a pris l'habitude curieuse de se coucher dans un lit d'hôpital vide dès qu'il reste sans surveillance. La réduction régressive de la distance d'avec le malade, phantasmatique chez le stagiaire, quasi psychotique chez le jeune infirmier, est remplacée chez la majorité des étudiants par l'aspiration à une relation thérapeutique authentique. Si cette aspiration n'est pas satisfaite les conduites régressives peuvent réapparaître de nouveau.

Quelle est la signification profonde, inconsciente de cette identification ? Son caractère passif, l'importance de l'angoisse chez les étudiants en médecine ainsi que les phantasmes plus ou moins conscients qui y sont associés (1) permettent d'évoquer le phantasme de la participation passive à la scène originnaire ou scène primitive.

Celle-ci est décrite dans ces termes par Laplanche et Pontalis : "Scène de rapport sexuel entre les parents observée ou supposée d'après certains indices et fantasmée par l'enfant. Elle est généralement interprétée par celui-ci comme un acte de violence de la part du père. L'étudiant au début de ses études s'identifie inconsciemment, à l'instar de petit enfant qu'il fut, au rôle passif tenu par la mère. Autrement dit, quand il était petit sa relation avec le médecin était assimilée aux rapports sexuels phantasmés de ses parents. Au médecin était attribué le rôle actif. De plus cette situation fut chargée de suffisamment d'émotion pour qu'il ne l'oublie pas une fois devenu plus grand et qu'il organise autour de ce thème une partie de ses activités après les remaniements nécessaires (2). Nous savons que cette position passive doit être abandonnée pour exercer la médecine.

(1) Par exemple le phantasme de la mère, amputée de ses seins, ou morte, projeté sur les malades.  
Glauter. Op. cité

(2) On peut dire que choisir une activité professionnelle c'est choisir la forme de participation à la scène primitive : (participation active, passive, évitement, inspection, mise en scène, opposition et répression).







Le passage de la passivité à l'activité a été étudié par Sigmund et Anna Freud sur l'exemple du "Jeu du Docteur". (1) Ce jeu consiste à imiter les gestes du médecin examinant et traitant son malade. Cette méthode est appliquée par l'enfant pour maîtriser une expérience pénible. Elle permet l'élaboration psychique de ce qui ne peut procurer du plaisir. Ce qui n'est qu'une défense occasionnelle chez l'enfant (identification à l'agresseur) semble être l'entrée sur la voie de l'assimilation de la personnalité professionnelle chez l'étudiant en médecine, en raison d'une signification inconsciente analogue (2).

Ce passage se traduit dans certains cas par une véritable crise d'identification qui prend souvent la forme d'une "nosophobie" (3). L'étudiant en médecine comme s'il agissait son identification avec le malade, se découvre toutes sortes de maladies. Mais les caractères mêmes de ces maladies démontrent la fonction de ce véritable délire. En effet, c'est déjà le futur médecin, actif, qui observe le corps propre, passif. Il s'imagine avoir des maladies de préférence graves et mortelles, organisées en fonction de ses connaissances médicales, ou plutôt de leurs limites. Ce n'est pas dans son enseignement de tous les jours que

(1) S. Freud. *Über infantile Sexualtheorien* G.W. VII  
id. *Au delà du principe de plaisir*. Dans *Essais de Psychanalyse*.

Anna Freud : *Le Moi et les mécanismes de défense*. P.U.F 1964

(2) L'observation suivante semble montrer la tendance de beaucoup de malades à passer de la passivité à l'activité : Dans une salle commune de l'hôpital, un jeune malade quitte son lit et se met à examiner un malade âgé en imitant les gestes du médecin. Il le percute et l'ausculte encouragé en cela par les autres malades. C'est une variété du jeu du docteur, mais joué entre malades adultes.

(3) P. WIENER. *Op. Cit.*



l'étudiant va chercher sa maladie, il la choisit parmi les formes les plus atypiques et les plus latentes de la littérature, ceci pour adapter sa maladie imaginaire à son état de santé réel, comme pour réaliser de véritables prouesses de diagnostic. Elles lui permettent d'affirmer précocément sa valeur de médecin. Par conséquent la "nosophobie" permet d'assurer la maîtrise d'une situation qui jusqu'alors échappait complètement au sujet. Quoi de plus maniable que le "corps" du sujet lui-même pour tenter une telle réorganisation. Cette évolution est conforme aux lois qui régissent l'évolution psycho-motrice du petit enfant. En effet l'exploration et le contrôle du monde extérieur commencent par ceux du corps même du bébé (1). Dans l'intervalle qui sépare la destructuration de l'ancienne personnalité basée sur l'identification au malade, de la restructuration organisée autour de l'identification au médecin, est ainsi édifié un aménagement provisoire de la relation thérapeutique. Pendant quelque temps l'étudiant qui en fut l'objet et qui deviendra le sujet de la véritable relation d'objet qu'est la relation thérapeutique, est à la fois sujet et objet.

C'est ainsi que l'étudiant en médecine passe de la passivité à l'activité. Le déclin de la nosophobie accompagne la disparition de l'identification au malade remplacée par une identification au médecin. Du point de vue du phantasme, l'étudiant actif correspond au partenaire actif de la scène primitive, le père (quelque soit le sexe de l'étudiant)<sup>(2)</sup>. A un niveau un peu plus superficiel nous pouvons dire que de spectateur il est devenu acteur. Le regard inutile du stagiaire devient le regard utile du médecin. On connaît l'importance primordiale de la dimension du voyeurisme ainsi introduit.

L'étudiant qui préfère la position active à la position passive n'est pas pour autant victime inconsciente de ses mécanismes de défense, bien au contraire il fait un usage justifié d'un mécanisme de dégagement, pour se libérer de son identification passive avec le malade. L'échec de l'identification à l'image du médecin entraîne l'inhibition de l'apprentissage et de l'exercice de la profession.

(1) SPITZ R : La première année de la vie de l'enfant. P.U.F. 1959.

(2) Il s'agit en même temps d'une identification à une mère  
(voir suite page 72)



La seule évolution possible pour l'étudiant, après ce passage par l'identification au malade, reste la médiatisation de l'enseignant (1).

L'enseignant, médiateur entre l'étudiant et le malade, est censé fournir un nouveau modèle d'identification pour remplacer l'ancien modèle qu'était pour le jeune étudiant le malade. Théoriquement rien n'est plus simple ; un étudiant sans fardeau névrotique excessif accepte tout modèle d'identification convenable et accède par son entremise à l'indépendance professionnelle. En pratique cette évolution semble compromise chez les stagiaires. Tout se passe comme si les enseignants en contact immédiat avec les étudiants étaient incapables à faire office de modèle professionnel, même transitionnel. Leurs tentatives ont été repoussées et ils sont ensuite ressentis et représentés par les étudiants comme des gêneurs d'une relation thérapeutique qui serait possible sans leur présence. On peut se demander si les jeunes enseignants eux-mêmes ne se trouvent pas dans une relation conflictuelle avec leurs aînés. Si tel était le cas, nous serions en présence d'un trouble généralisé de la chaîne d'identification, de ces liens qui devraient exister dans toute collectivité éducative saine regroupant dans une hiérarchie des générations différentes (2).

(1) La communauté des désirs entre étudiants et médecins s'exprime par le projet professionnel qui prend la place de l'objet maternel, selon la formule de A.R. MISSENARD . Op. Cit.

(2) Il est possible d'y voir l'évitement de l'Oedipe, théorie citée plus haut, ainsi que le refus du processus de la maturation à la faveur d'un désir de régression narcissique fusionnelle.

(2) idéale qui soigne bien. Cette identification s'observe chez les malades présentant la relation d'objet allergique décrit par P. Marty. Chez eux l'identification à un des personnages de la série Médecin - infirmier - assistante sociale manque rarement.





Nous avons constaté au cours de ce travail l'impossibilité où se trouve le stagiaire de constituer sa personnalité professionnelle par échec de ses tentatives d'identification. Quelles sont les causes de cet échec ? Celles que nous avons reconnues se groupent en cinq catégories :

- Les difficultés personnelles des étudiants et des enseignants.
- Le refus des modèles accessibles de servir de support d'identification (refus réel ou supposé).
- Le manque de contact véritable entre étudiants et enseignants.
- L'existence de modèles d'identification insuffisamment adaptés.
- Le manque de maturité professionnelle des stagiaires.

Nous n'insisterons pas sur les difficultés personnelles. Névroses, inhibitions, immaturité émotionnelle sont courantes. Comme partout dans l'enseignement supérieur, les capacités intellectuelles des étudiants sont suffisantes mais ceux-ci ne possèdent pas toujours la structure psychique adaptée à l'exercice de la profession choisie.

Nous avons longuement parlé du refus des modèles d'identification susceptibles de servir de support aux stagiaires. Il s'agit d'abord incontestablement d'une réalité. Certains membres de la hiérarchie médicale hospitalière qui participent tous à l'éducation des stagiaires, même les externes qui en principe n'en sont pas chargés, refusent souvent plus ou moins ouvertement de s'impliquer dans une relation pédagogique. Ils considèrent le plus souvent ces étudiants comme des incapables gênants et superflus. Dans ces conditions comment vouloir ressembler à quelqu'un qui vous méprise ? Au mieux on observe une réédition de l'identification à l'agresseur, observée dans le jeu du docteur de l'enfant. La nature de la relation ainsi éla-





borée sera sado-masochique et peu compatible avec une relation didactique saine (1).

La grande majorité des enseignants n'est d'ailleurs ni hostile ni méprisante. Nous étions cependant obligés de constater qu'ils sont vécus ainsi par les étudiants. Pour expliquer cet état de chose nous avons dû invoquer l'existence d'une projection. L'étudiant incapable sans aide de maîtriser puis d'intégrer sa propre agressivité la projette sur l'enseignant. La réalité déjà assez sombre se couvre d'une couche de phantasmes agressifs résistants aux meilleures intentions.

Le manque de contact entre étudiants et enseignants a déjà souvent été dénoncé. Nous attribuons une très grande importance à ce facteur et soutenons que sans lien didactique personnel entre enseignants et élèves la médecine ne peut s'enseigner. La meilleure des réformes, échouera sans le rétablissement d'une relation maître-élève authentique et immédiate. Par maître nous entendons bien le médecin expérimenté qu'est par exemple le Médecin des Hôpitaux de l'Assistance Publique. Les autres ne peuvent être que médiateurs. La disproportion entre le nombre restreint de ceux-ci et la multitude des étudiants n'est que trop connue.

Démontrer le défaut d'adaptation des modèles d'identification proposés aux étudiants constitue le véritable objectif de ce chapitre. Classiquement deux modèles sont possibles : Le médecin-chef de service et le généraliste. Plus haut nous avons tenté de dégager les différences entre eux. Elles nous sont apparues essentielles, et tout à fait compréhensibles étant donné ce qui sépare la pratique hospitalière de ce qui se fait en ville. Malgré la légitimité des deux modèles nous avons dû constater que seul le patron est proposé en exemple aux stagiaires. L'identification au patron est censée être à la base de l'identification de la personnalité professionnelle des étudiants. Les processus d'intériorisation de ce personnage prestigieux sont déjà bien avancés au moment où le stagiaire échoue à l'externat et apprend alors que la carrière hospitalière lui est désormais interdite.

(1) Ceci ne concerne évidemment pas le service d'urologie étudié dont le chef connaît particulièrement bien ces problèmes. C'est bien grâce à lui qu'ils peuvent être exposés ici.



Cependant, tant à la Faculté qu'à l'Hôpital on continue à lui présenter le médecin hospitalier comme seul modèle d'identification valable, tout en lui répétant qu'il ne peut plus prétendre y accéder : c'est comme si l'enseignant disait à l'étudiant : "Voilà comme je procède ; vous ne travaillerez jamais comme moi, mais imitez-moi quand même".

Les stagiaires eux-mêmes qui sont, par ailleurs prêts à l'admirer, ne semblent pas vouloir substituer l'image du généraliste à celle du patron inaccessible. En effet, 17% seulement acceptent de devenir omnipraticien. La majorité fait appel à un nouveau modèle mal accepté à l'hôpital : 60% veulent devenir spécialistes (1). L'image du spécialiste est encore trop récente pour avoir une valeur structurante comparable à celles du Patron ou du Généraliste.

Ce décalage entre personnalité professionnelle réelle souhaitable et le modèle d'identification proposé constitue un des graves défauts de l'enseignement médical traditionnel.

L'exercice de la médecine procure des grandes satisfactions sublimées mais elle demande la mise en oeuvre des défenses puissantes intra et extra-médicales. Les occupations sportives et artistiques fournissent ces secondes. L'acquisition des défenses professionnelles se fait surtout au cours de la formation. L'organisation défensive de ses aînés constitue là encore un véritable modèle pour l'étudiant. Ainsi un stagiaire peut manquer de défense par absence de modèle, ou il peut en acquérir de superflues. Ce sont les identifications qui déterminent le choix (observables surtout en situation de conflit). Quand l'étudiant n'accepte pas les défenses proposées par ses modèles il peut remettre en cause l'équilibre des enseignants comme l'enfant compromet l'équilibre de ses parents en refusant les défenses qu'ils lui proposent. Nous en avons vu l'illustration au mois de mai 1968.

(1) Les médecins-hospitaliers sont souvent spécialisés mais se considèrent rarement comme des spécialistes.



Nous avons appelé aspiration précoce à l'indépendance professionnelle la tendance d'un grand nombre de stagiaires à refuser tout contrôle et aide dans l'accomplissement des tâches médicales. L'adjectif "précoce" indique l'immaturation professionnelle des stagiaires. Elle n'aurait rien de tragique, il ne s'agit après tout que d'étudiants de cinquième année qui ont encore le stage interne à faire, si ce manque de maturité n'était pas accompagné d'une identification négative. Tout se passe en effet comme si l'étudiant désirait non pas devenir comme le patron mais en quelque sorte prendre sa place. Cette thèse aussi étrange qu'elle soit à première vue a reçu quelque confirmation au mois de mai 1968. (Excès du Pouvoir Etudiant). Pour prendre la place de quelqu'un il faut pouvoir le remplacer. Ce qui est réalisable en politique ne l'est évidemment pas en médecine. Les psychanalystes parlent dans les situations de ce genre de graves blessures narcissiques que subirait celui à qui les moyens manquent pour réaliser un tel dessein (1). Au maximum cette attitude aboutit à la négation de la fonction enseignante en tant que nécessité. Incapable de le remplacer l'étudiant-enfant nie l'existence du père-enseignant.

Le stage d'avant la réforme de 1969 reflète et résulte de ces contradictions. L'enseignant fonctionnant comme modèle, son image devient menaçante dès lors qu'elle est inaccessible. Le stagiaire qui persiste à vouloir être médecin et est même sûr de l'être un jour (2), doit y arriver seul, dans des conditions assez défavorables. Il doit trouver des voies parallèles aux voies officielles et essayer de s'adapter de manière plus ou moins heureuse à la réalité. Il peut tenter de se passer de modèle et risquer de se retrouver seul, avant l'heure, et sans

(1) B. Grunberger : Oedipe et le narcissisme. Revue française de Psychanalyse.

(2) Contrairement aux trois premières années où il existe une incertitude à cet égard : "Vous qui serez peut-être médecin", disait un chef de clinique à ses étudiants de première année.





médiateur, avec le malade. Ainsi , certains recherchent une activité hospitalière de "seconde catégorie" ; mais ils sont peu nombreux en dépit du regain de prestige de certaines de ces orientations (psychiatrie). D'autres (ceux qui "travaillent ailleurs") cherchent à exercer dans l'immédiat une activité médicale marginale à l'intérieur d'une usine, d'une association ou d'un laboratoire. Plusieurs, enfin, sont bloqués dans leur évolution parce qu'ils ne peuvent dépasser leur identification au malade ou parce qu'ils y régressent à nouveau, ce qui rend impossible toute relation médicale. Mais le plus grand nombre d'entre eux se défend de son sentiment d'abandon en projetant l'agressivité non intégrée qui en découle sur les enseignants. Ces derniers seraient plutôt malveillants, capricieux et méprisants. Cette projection permet aux stagiaires de déployer une agressivité en retour sous forme d'opposition à leur enseignement, d'amertume et d'inertie. Les stagiaires terminent leurs études en prospectant les spécialités dites "accessibles" (1). On pourrait presque dire qu'ils attendent un reclassement.

La régression conduit finalement soit à une fixation à l'identification au malade constituant un obstacle sérieux à l'exercice de la médecine soit à l'identification négative ou à l'évitement oedipien, entraves à l'apprentissage. Les échecs du premier type passent en général inaperçus. Il n'en va pas de même pour ceux du second et du troisième type en raison de leur caractère pseudo-oedipien bruyant.

(1) Les spécialités "accessibles" sont celles qui accueillent les étudiants sans titre hospitalier.





## CONCLUSIONS

---



Le sondage d'opinion réalisé auprès des stagiaires du Service de Monsieur le Professeur Aboulker de janvier 1966 à mai 1967 nous a donné un aperçu des difficultés que rencontrent les stagiaires et des problèmes qu'ils posent aux autres.

Nous avons d'abord rendu compte de l'opinion des stagiaires sur les principales méthodes d'enseignement utilisées en stage. Les plus populaires sont celles qui placent l'étudiant en contact avec le malade et lui accordent un rôle actif sans l'intervention d'un médiateur, (par exemple le remplacement d'externe ou le travail individuel en salle). Au dire des étudiants ces conditions sont rarement remplies, ils n'auraient que peu d'occasions de voir des malades et subiraient un enseignement théorique à la place de la pratique espérée. En effet, les possibilités de dispenser un enseignement moderne apparaissent assez restreintes en partie en raison du sous-équipement des services. Il ne semble pas cependant que les possibilités offertes aient été toutes épuisées par les étudiants (par exemple il restait des places d'externes vacantes) (1). Ainsi se confirme une de nos hypothèses de départ à savoir que l'absence d'obligation est souvent vécue par les stagiaires comme une absence de sollicitation. Ils ne participent pratiquement pas aux activités du service, cependant 90 pour cent souhaiteraient le faire davantage, ne connaissent pas les médecins qui y travaillent et ne se rencontrent presque jamais entre eux.

L'acquis pratique apparaît bien faible eu égard aux cinq années d'études accomplies et révèle une grande disparité de niveau d'expérience. La supériorité des remplacements d'externes sur les autres méthodes d'apprentissage des gestes pratiques est manifeste.

Les obstacles à l'apprentissage sont nombreux, les uns d'ordre matériel, les autres d'ordre psychologique. C'est pour mieux comprendre ces derniers que nous avons tenté de développer la genèse affective de la personnalité professionnelle de l'étudiant en médecine.

(1) Cf. L. Leger Op. Cit.



Schématiquement on peut la décrire ainsi : elle procède d'une fixation par identification au malade à l'occasion de la maladie d'un personnage significatif pour l'enfant. Il peut s'agir d'une impossibilité d'intégrer l'expérience douloureuse d'une maladie de l'enfant lui-même. En effet, l'ambivalence inhérente à cette situation entretient, en même temps, le désir d'identification au personnage puissant du médecin qui, à la faveur de circonstances propices, motive le choix de la profession médicale. Ensuite pendant ses études l'étudiant abandonne l'identification au malade au cours d'une crise d'identification qui se manifeste le plus souvent sous forme d'une nosophobie. Après cette crise on observe une identification à l'image du médecin idéalisé représenté le plus souvent par le chef d'un service hospitalier. L'étudiant adopte ses attitudes, assimile ses connaissances, et constitue par la suite sa propre personnalité professionnelle.

Ce processus peut évidemment subir des variations à tous les niveaux de l'évolution. Si la première phase, celle de l'identification au malade, manque, l'attrait pour les études médicales est souvent fourni par une identification immédiate au médecin. C'est sans doute fréquemment le cas chez les étudiants issus de famille médicale. Certains étudiants présentent une fixation puissante au malade pour des raisons personnelles et ont des difficultés à l'abandonner : la persistance d'une identification primitive avec le malade constitue une entrave sérieuse à l'exercice de la médecine. Pour d'autres, cette étape est atteinte par voie régressive, un niveau de développement plus avancé étant abandonné à la suite d'un échec à l'externat par exemple, la plupart enfin, sans garder ou retrouver leur identification au malade n'achèvent pas au cours des études leur évolution : ceci en raison par exemple du rejet de la part des modèles accessibles, (refus réel ou agressivité projetée) ou d'un manque de contact véritable entre enseignants et étudiants ou encore en raison de l'absence de modèles d'identification suffisamment adaptés.



Ce travail réalisé à l'origine pour contribuer à l'aménagement de la situation des stagiaires dans un service spécialisé voit actuellement son objectif modifié par la suppression des stages. Dans la nouvelle génération des étudiants personne ne devrait plus sentir le rejet décrit pour les stagiaires puisque personne n'a été sélectionné. Il serait désormais possible pour tous les étudiants de structurer leur personnalité professionnelle sur celle du patron prise comme modèle. On n'est plus pour le moment définitivement exclu de la carrière hospitalière qu'à partir de l'échec à l'internat, c'est-à-dire pratiquement à la fin des études médicales.

Cependant certains problèmes persistent. Ceux qui se destineront à l'exercice de la médecine générale devront réorganiser leur structure psychologique acquise à l'hôpital. Les nouveaux externes, plus nombreux, seront plus difficilement admis dans l'entourage du médecin-chef et par là les contacts personnels avec lui deviendront de plus en plus difficiles.

Nous tenons à souligner l'importance pour le médecin en formation d'une relation didactique intime avec le praticien. Dans un service hiérarchisé les jeunes enseignants ne sont acceptés par les étudiants que dans la mesure où il facilitent le rapprochement au personnage central qu'est le patron. Autrement dit, il n'y a pas d'enseignement valable sans investissement affectif mutuel et réciproque de tous les partenaires.

Enfin nous aimerions noter la possibilité, rarement réalisée actuellement, du maniement conscient d'une identification évoluée au malade. (1) Dans un premier temps et pour les besoins de l'examen, le médecin use de ses capacités d'identification pour connaître son patient. Il s'en dégage ensuite afin de formuler ses observations. Il établit de cette façon un mouvement de va et vient entre l'écoute et la position médicale active proprement dite. C'est ainsi qu'il sera possible d'apprendre à doser ce "médicament efficace qu'est le médecin lui-même", comme le dit M. Balint, c'est-à-dire contrôler les facteurs émotionnels de la relation thérapeutique.

Une prise de conscience des processus psychologiques en jeu dans la formation médicale serait utile à ceux qui voudraient s'engager dans cette voie.

(1) Pierre Marty : Aspects psychosomatiques de la Fatigue. Conférence non publiée. 1966.







Vu le Doyen

Vu et permis d'imprimer  
le Recteur de l'Académie de Paris

Pr. G. Brouet

J. ROCHE

Vu le Président

Pr. P. Aboulker



## B I B L I O G R A P H I E

ALLENOY - Journal d'un Médecin malade. 1947 Stock. Ed.

ARIES P.- L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime.  
Plon 1960

AULAGNIER P.- Demande et identification - L'inconscient n° 7 1968

BALINT A.- Identification Int. Journal of Psycho-analysis. 1943

BALINT M.- Early developmental stages of the Ego primary object love - Int. Journal of Psycho-Analysis 1958.  
- Les séminaires de formation et recherche. Revue Méd . Psycho-somatique 1968 n° 4

D.P. BARR.- The teaching of Preventive Medicine.  
J. Med. Educ. III. 1953

BERGE A.- Rebâtir l'Ecole. Paris 1968

BOILLOT Françoise.- Activités du "Groupe de Psychologie" de L'Association Générale des Etudiants en Médecine de Paris  
Revue de Médecine Psychosomatique 1964 n° 4

O. BOUTHREUIL et P. WIENER.- Stagiaires de 5ème année dans un service hospitalier. Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie médicale. Tome 10. n° 3 1968

BOUVET M. Le Moi dans la névrose obsessionnelle. Payot 1967  
Oeuvres Psychanalytiques Tome I

J. BRODY.- The decision to study medicine. New-Eng. J. Med. 1955

CHASSEGUET - SMIRGEL J.-  
- Le Rossignol de l'Empereur de Chine (Etude psychanalytique sur le faux) Revue Fr. de Psychanalyse 1969 n° 1.  
- Note clinique sur les rêves d'examen. Revue Fr. de Psychanalyse 1967 n° 1

J.C. PAGES ,et G. CHATEL.- Enquête sur les objectifs d'une Faculté de Médecine. Section médicale. Education Nationale. 1969

CHERTOK L. BOUTHREUIL O. ABOULKER P.-  
La préparation de l'étudiant en médecine à la relation médicale  
La Presse Médicale 76, n° 27. 1. 22 Juin 1968

Comité d'Action de la Faculté de Médecine 1968. Livre blanc des Sciences Humaines.

Comité d'Action de la Faculté de Médecine 1968. Livre Blanc des Etudes Médicales.



DAVAL R. BOURRICAUD F. DELAMOTTE Y. DORON R.

Traité de Psychologie Sociale Tome 2. P.U.F. 1964

ERON L. The effect of medical éducation on attitudes. Med. Educ. 1958. P.2

EAIN M. et MARTY P.- Perspectives psychosomatiques sur la fonction des phantasmes. Rev. Fr. de Psychanalyse. n° 4 1964.

FAVEZ-BOUTONIER S.- L'homme et son milieu. Bull. de Psychologie 1958

FAVEZ G. De la contestation.- la Psychanalyse P.U.F. 1961 vol. 6

ESCOFFIER :LAMBIOTTE.- Amertume et solitude des stagiaires. Le Monde, 3.10.1968. p. 10

FENICHEL O.- Die Identifizierung. Int. Zeitschrift für Arztliche Psycho-analyse. 1926

FLUEGEL J.C.- Man, morals and Society. (L'homme, la morale et la Société). Nex-York. 1944

FREUD S.- Uber infantile sexual théorien - (sur les théories sexuelles de l'enfant).

Gesammelte Werke Band VII. Imago 1941 (non traduit en français).

- Au delà du principe de plaisir - Essai de psychanalyse. Payot

- Untergang des oedipus complexes - (le déclin du complexe d'Oedipe). 1924 G.W. XIII. 395.402 (non traduit en français).

- Mas senpsychologie und Jch analyse. G.W. XIII

FREUD Anna.- Le Moi et les mécanismes de défense. P.U.F. 1964

FOUCAULT M.- La naissance de la clinique. PUF 1963

GACHKEL V. BOMPARD A. BOUTIER D.- La formation psychologique des médecins. Revue de Méd. Psychosomatique 1964 n° 4

GENDROT J.A. - La formation psychologique des médecins. Evolution psychiatrique 1964 n° 4.

GREEN A.- le rôle - Evolution psychiatrique. 1962.

GUYOTAT J.et coll.- Une expérience de formation psychologique pratique du futur médecin à la Faculté de Médecine de Lyon.

Information psychiatrique. Juillet 1963.

- id. Psychiatrie et formation psychologique du Praticien.

Masson 1968.

I.P. GIAUBER.- (New-York). Une inhibition dans l'étude et la pratique de la médecine dans "la relation thérapeutique".

Valabrega. Flammarion 1962.



GRUNBERGER B. - L'oedipe et le narcissisme. Revue française de Psychanalyse. 1962.

GLOWER E. - Grades of Ego-differentiation. Int. Journal of Psycho-Analysis. 1930.

GOFFMAN E. - Asiles. Ed. Minuit 1968.

G. GUASCH. - Le médecin vu par l'enfant. Publication de l'Ecole des Parents. 1967. Images éditées par Lab. DELALANDE 1969

HAMBURGER J. - Conseils aux étudiants de mon service. Flammarion 1963.

JONES ERNEST. - Stethoscope as Phallus. Papers on Psycho-analysis 1938

ISRAEL L. - Le médecin face au malade. Dersade 1969.

KLEIN Mélanie. - On identification dans "New directions in psycho-analysis. London. Tavistock. 1955.

KOURILSKY R. GENDROT J.A. RAIMBAULT E.  
La formation psychologique des médecins. Maloine Paris 1964.  
id. Revue de Med. Psychosomatique. 1964 n° 4.

LANGLEBERT E. - Guide pratique et méthodique de l'étudiant en médecine, ou conseils aux élèves sur la direction qu'ils doivent donner à leurs études suivi des renseignements universitaires relatifs aux études médicales. Masson. 1848.

LEFEBVRE Henri. - La vie quotidienne dans le monde moderne. Gallimard 1968.

LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B. - Vocabulaire de la Psychanalyse P.U.F. 1967

LEGER L. - Apathie et lassitude. La Presse Médicale 19.10.1968  
Supplément d'informations

LEWIN B.O. - Countertransference in the technique of Medical Practice. Psychosomatic Med. 1946 P. 196

LUQUET Pierre. - Les identifications précoces dans la structuration et la restructuration du Moi. Revue Fr. de Psychanalyse N° spécial 1962.

LINTON Ralph. - Le fondement culturel de la personnalité. Dunod 1959.

A. MAEDER. - La personne du médecin. chap. III. La Psychologie du contact affectif. Delachaux - Niestle : 1953.







MARTY Pierre.- Aspects psychosomatiques de la fatigue. Conférence faite à l'hôpital des Quinze-Vingt. 1966. (non publiée)  
- La relation d'objet allergique. Revue Fr. de Psychanalyse.

P. MARTY, M. de M'UZAN et C. DAVID.- L'investigation psychosomatique. P.U.F. 1963.

MAUCO Georges.- Psychanalyse et éducation. Aubier-Montaigne 1967

R.K. MERTON - S. BLOOM.- N. ROGOFF.- Studies in the sociology of Medical Education 1956.

R.K. MERTON - G. READER - P. KENDALL.- The Student physician Harward UP. 1957

A.R. MISENARD et P. GELLY.- L'identification dans la formation du médecin Congrès de Psychologie médicale. 1969.

PEQUIGNOT M.- Médecine et Monde moderne. Ed. Minuit. 1957.

PASSERON J.C. et de St MARTIN M.- Les étudiants en Médecine. Centre de Sociologie Européenne. Paris 1964.

PASSERON J.C.- de St. MARTIN M.- Queysame B.  
Les Etudiants en Médecine. Centre de Sociologie Européenne. Paris 1966.

RAIMBAULT E.- Psychanalyse et Médecine. Lettres de l'Ecole Freudienne. 1. 1967.

ROHEIM GEZA.- Psychanalyse et Anthropologie - Gallimard 1967

H. ROLLESTON - L'âge, la vie, la maladie. G. Doin Paris 1930.

SIMMEL E. The Doctor-Game Int. Psa VII 1926. p 470

SAPIR M. La notion "modèle" pour l'étudiant et le médecin (table ronde). Revue de Med. Psychosomatique. 1968 n° 3.

S.I.R.E.M. Compte-rendus de réunions - non publié

SPITZ R.A.- La première année de la vie de l'enfant. P.U.F. 1969  
- le Oui et le Non. P.U.F. 1967

STEPHAN André.- L'Univers contestationnaire Payot 1969

STOETZEL J.- Psychologie sociale de la santé. Bull. de Psychologie. 1958 - 63

VALABREGA J.P. - La relation thérapeutique. Flammarion 1962.



S. WEILL - M. GEBER - C. SAUTIER.- Le médecin, l'enfant et la mort. Revue de Médecine psychosomatique. 1968 n° 4

WIENER P.- Identification au malade et motivations aux études médicales. Projet de recherche déposé à l'I.N.S.E.R.N. 1964.

Additif : F. MORGENTHALER et P. PARIN Observations sur la genèse du Moi chez les Dogons. Rev. Fr. de Psychanalyse 1967 n° 1







